IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 230)
z dnia 26 stycznia 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 230)

26 stycznia 2023 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat opieki paliatywnej i długoterminowej oraz funkcjonowania hospicjów.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Katarzyna Klonowska** naczelnik DSOZ Narodowego Funduszu Zdrowia, **Izabela Kaptacz** konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, **prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert** konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, **dr n. o zdrowiu Mariola Rybka** krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, **Lilia Kimber-Dziwisz** konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa w woj. mazowieckim, **Aleksandra Ciałkowska-Rysz** prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej wraz ze współpracownikami, **Jaworska Urszula** prezes Fundacji Urszuli Jaworskiej, **dr Katarzyna Marczyk** prezes zarządu Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci wraz ze współpracownikiem, **Violetta Dytko** wiceprezes Konfederacji Lewiatan, **Dominika Batycka-Stachnik** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Dorota Ronek** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Maciej Sokołowski** wiceprezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, **Iwona Markiewicz** wiceprzewodnicząca Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Iwona Sitarska** wiceprezes Forum Hospicjów Polskich, **Damian Patecki** członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, **Małgorzata Durka** pełnomocnik zarządu ds. Zabezpieczenia Osób Niesamodzielnych Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym", **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Pacjentów Objętych Opieką Paliatywną, **Radosław Czosnowski** ordynator oddziału med. paliatywnej Szpitala Powiatowego w Nowym Targu oraz **Rafał Krajewski** ekspert Pracodawców RP.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk, Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Krzysztof Olszewski** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Bardzo proszę o zajęcie miejsc. Pan minister już siada. Witam serdecznie panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami. Witam zaproszonych gości. Bardzo prosiłbym państwa o zajęcie miejsc.

Szanowni państwo, dzisiejsze posiedzenie Komisji wynika z planu pracy. Porządek dzienny przewiduje rozpatrzenie informacji na temat opieki paliatywnej i długoterminowej oraz funkcjonowania hospicjów – przedstawia minister zdrowia.

Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę. Zatem stwierdzam, że porządek dzienny został przyjęty. Chciałem także stwierdzić przyjęcie protokołów posiedzeń Komisji od października do grudnia 2022 r. tj. protokołów posiedzeń Komisji od posiedzenia nr 198 do nr 222, wobec niewniesienia zastrzeżeń.

Szanowni państwo, stwierdzam kworum i rozpoczynamy procedowanie. Bardzo proszę, panie ministrze, oddaję panu głos.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, szanowni państwo, otrzymaliście państwo materiały, jeżeli chodzi o informację ministra zdrowia na temat opieki paliatywnej i długoterminowej, więc postaram się w skrócie przedstawić pewne dodatkowe informacje, dotyczące tematu, którym zajmujemy się dzisiaj.

W opiece paliatywnej i hospicyjnej świadczenia są gwarantowane. Są one gwarantowane w hospicjach stacjonarnych, oddziałach medycyny paliatywnej, w domowych hospicjach dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia, w poradniach medycyny paliatywnej oraz w ramach prenatalnej opieki paliatywnej. Jeżeli chodzi o opiekę długoterminową, to świadczenia gwarantowane realizowane są w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych, dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz w warunkach domowych przez długoterminową domową opiekę pielęgniarską i przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, jak również dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

Nakłady na przedstawione przeze mnie świadczenia systematycznie rosną i dla porównania w 2019 r. nakłady na opiekę paliatywną i hospicyjną były w wysokości 813 mln zł a w 2023 r. te nakłady już wyniosą 1320 mln zł. Jeżeli chodzi o świadczenie pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, to w 2019 r. nakłady wynosiły 1875 mln zł a w 2023 r. nastąpi duży wzrost i wyniosą one 3274 mln zł. Jednocześnie zostały podjęte działania na rzecz zwiększenia wyceny świadczeń i prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, realizując polecenie ministra zdrowia, wystąpił do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ o – po pierwsze – zwiększenie od 1 lutego 2023 r. o 12% cen jednostkowych, które są liczone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w stosunku do cen jednostek leczeniowych obowiązujących w drugim półroczu 2022 r. Zwiększamy także od 1 lutego 2023 r. ceny jednostek rozliczeniowych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie opieki pielęgniarskiej i długoterminowej.

Tutaj mamy troszeczkę zróżnicowanie, bo te świadczenia w poszczególnych województwach były różnie wyceniane i tak, dla województw, w których średnia cena tej jednostki była niższa niż średnia w kraju – tu mówimy o województwie lubelskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, świętokrzyskim i wielkopolskim – zwiększenie cen jednostkowych jednostek rozliczeniowych jest o 17% wyższe w stosunku do tych cen jednostkowych w drugim półroczu 2022 r. Natomiast dla województw, w których średnia cena tej jednostki była wyższa od średniej w kraju – tu mówimy o województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, podkarpackim, podlaskim i warmińsko-mazurskim – zwiększenie cen jednostek leczeniowych wzrosło o 10% w stosunku do cen z drugiego półrocza 2022 r. Dla województw, w których średnia cena tej jednostki kształtuje się na poziomie średnich krajowych – to jest województwo małopolskie, pomorskie, śląskie i zachodniopomorskie – zwiększenie cen jednostkowych jednostek leczeniowych wyniesie 14% w stosunku do cen tych jednostek obowiązujących w drugim półroczu 2022 r.

Należy także zaznaczyć, że świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały umieszczone w planie taryfikacji AOTMiT-u na 2023 r., tak że wydaje się, że AOTMiT będzie zmieniał te wyceny. Jeżeli chodzi o kadry, to w ciągu ostatnich lat obserwujemy dość stały wzrost specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej. Ta liczba specjalistów systematycznie rośnie. W 2010 r. w Polsce lekarzy o tej specjalizacji było 212 a już w 2022 r. było ich 607. Także w systemie opieki zdrowotnej sukcesywnie zwiększa się liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych. W 2015 r. liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych wynosiła 247 tys., a w 2022 r. aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych było już 263 tys. Z powyższych danych wynika, że na przestrzeni ostatnich 6 lat ten wzrost kształtuje się na poziomie 6,7%. Sukcesywnie wzrasta także liczba uczelni, posiadających akredytację ministra zdrowia do prowadzenia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo na poziomie I stopnia. W 2015 r. było 77 takich uczelni, a w 2022 r. było ich 118. Wzrasta także liczba studentów na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. W 2015/2016 r. akademickim na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo rozpoczynało studia 5935 osób, a w 2021/2022 r. roku akademickim rozpoczynało ich aż 11408 osób.

Podejmowane są także działania na rzecz wykorzystania istniejącego potencjału zawodu opiekuna medycznego poprzez uzupełnienie podstawy programowej w tym zawodzie. Trwają również prace delegacyjne nad projektem ustawy o niektórych zawodach medycznych. W opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz w opiece długoterminowej

podejmowane są działania, mające na celu ich sukcesywny rozwój. Dla przykładu stworzyliśmy dokument pt. „Strategia opieki zdrowotnej nad osobami starszymi", która stanowi załącznik do strategicznego dokumentu pt. „Zdrowie i przyszłość". Jest to wieloletni program, który będzie całościowo obejmował rozwój zasobów kadrowych oraz rozwój form opieki dziennej i domowej. Ta strategia poprawi zdrowie i jakość życia osób starszych i ich opiekunów. Państwo na pewno macie świadomość, że niestety nasze społeczeństwo starzeje się i liczba osób starszych, którzy będą wymagać opieki, będzie nam sukcesywnie przybywać.

W tej chwili prowadzimy również kompleksowy przegląd szpitali powiatowych, jeżeli chodzi o ośrodki opieki długoterminowej. Na tej podstawie ogłoszono maksymalny poziom możliwych przekształceń łóżek w szpitalach powiatowych na miejsca opieki długoterminowej lub geriatrycznej. Chcemy, aby mniej więcej 26% łóżek w szpitalach powiatowych zostało przekształconych w łóżka, o których wcześniej wspominałem. Panie przewodniczący, to może tyle, jeżeli chodzi o skrót informacji. Oczywiście jestem gotowy, aby odpowiadać na pytania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Wśród zaproszonych gości… Jak wysyłałem zwyczajowe zaproszenia, to kierowałem je również do Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i pani profesor prezes jest razem z nami na posiedzeniu Komisji. Natomiast – jak rozumiem – pani prezes prosiła o możliwość przedstawienia krótkiej prezentacji. Tę prezentację mamy wyświetloną na monitorze, aczkolwiek rozumiem, że to nie Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej będzie ją przedstawiać? Tak zrozumiałem intencję i prośbę pani prezes.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

To jest łączna prezentacja Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i STOMOZ. Pan doktor reprezentuje i jedną, i drugą jednostkę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, aczkolwiek tego nie ma na tym slajdzie. Natomiast jest wymienione niepubliczne NZOZ. Oczywiście niech prezentacja będzie przestawiona, aczkolwiek wydaje mi się, że w takiej sytuacji powinniśmy jednak mówić z perspektywy ogólnej, a nie z perspektywy jednego zakładu. Jest to też pewna forma reklamy i nagłaśniania konkretnego NZOZ, ale bardzo proszę. Proszę, o krótką prezentację.

Wiceprezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej Maciej Sokołowski:

Dzień dobry, bardzo dziękuję za możliwość przedstawienia tego materiału. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, panie ministrze, my deklaratywnie jesteśmy potrzebni. W Polsce przyczyną objęcia opieką paliatywną i hospicyjną w 89% są choroby nowotworowe.

Zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną na lata 2020-2030, rozwój kompleksowej opieki onkologicznej ma obejmować rozwój opieki rehabilitacyjnej, psychologicznej, jak również paliatywnej i hospicyjnej. Inwestycje w system opieki onkologicznej obejmuje działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia. Oczekiwanym rezultatem, za który odpowiedzialne jest Ministerstwo Zdrowia, jest wyrównanie do końca 2024 r. dostępu do świadczeń opieki rehabilitacyjnej, paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach.

Zgodnie z Krajowym Planem Transformacji na lata 2022-2026, w roku 2019 ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało łącznie 96,4 tys. pacjentów. Ministerstwo szacowało, że w 2022 r. powinno zostać zapewnionych około 146 tys. miejsc opieki paliatywnej i hospicyjnej, z czego około 142 tys. w ramach opieki domowej. Do 2025 r. spodziewany jest wzrost zapotrzebowania o kolejne 38%. Zgodnie z aktualizacją Map Potrzeb Zdrowotnych, prognoza zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej, hospicyjnej wzrosła. Na 2022 r. szacowano to na poziomie 159 tys. miejsc, z tego w opiece domowej 155 tys.

Proszę państwa, dane, które tutaj przedstawiam, to są również dane, które macie państwo w informacji przekazanej przez pana ministra na dzisiejsze spotkanie. W latach 2019-2020 w hospicjach domowych zapewnionych było ok. 60 tys. miejsc. Z danych przed-

stawionych przez NFZ do października ubiegłego roku 47 tys. pacjentów było pod opieką hospicjów domowych. Można szacować też, że około 60 tys. miejsc będzie zapewnionych w ciągu roku, przy szacunkach zapotrzebowania na poziomie 155 tys. To są szacunki przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia w oficjalnych dokumentach.

Wybrane przyczyny trudnej sytuacji placówek opieki paliatywnej, hospicyjnej to taryfa świadczeń ustalona w 2016 r. na bazie lat 2014 i 2015 i brak waloryzacji wycen do połowy ubiegłego roku, systematyczny wzrost kosztów: płacy minimalnej, paliwa, kosztów informatyzacji itd. Kolejną przyczyną jest sposób realizacji ustawy podwyżkowej. Mam tu na myśli sposób kierowania środków na podwyżki. Następną przyczyną jest limitowanie świadczeń i wreszcie odpływ kadry spowodowany brakiem preferencji finansowych i wypaleniem zawodowym.

W dokumentach przygotowanych przez ministerstwo na dzisiejsze spotkanie jest informacja, że – i pan minister też o tym mówił przed chwilą – liczba specjalistów medycyny paliatywnej między rokiem 2010 a 2022 wzrosła o 400, czyli z 212 do 607. My powinniśmy do 2025 r. mieć dwa i pół razy więcej świadczeń, czyli tych specjalistów powinno być dużo więcej. Na 220 miejsc specjalizacyjnych, które mamy obecnie, tylko 120 lekarzy kształci się w tej specjalności.

Pozwolę sobie przedstawić państwu dynamikę wzrostu cen i wycen w opiece paliatywnej. Ten czerwony wykres na dole to cena świadczenia w hospicjum domowym. Dopiero w połowie 2022 r. wzrosła ona o 21%. Tu już uwzględniłem kolejny wzrost o 12% na 2023 r. Proszę zwrócić uwagę, że ta wycena jest poniżej inflacji i dużo poniżej dynamiki wzrostu płacy minimalnej, która od 2015 do 2023 r. podwoiła się i również bardzo odbiega od wzrostu cen 1 l ropy, czyli paliwa.

Brak waloryzacji wycen był również przedmiotem oceny Najwyższej Izby Kontroli. Prezes NIK w 22.04.2021 r. w podsumowaniu kontroli powiedział „wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Jako pierwszy zawarł taki wniosek kierowany do ministra zdrowia: Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania mechanizmu aktualizacji wyceny, wynikającej ze wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem, wynikających z ustawy o świadczeniach kompetencji AOTMiT oraz NFZ. Jak państwo wiecie, również w ustawie Prawo zamówień publicznych mamy art. 439, który zobowiązuje udzielających zamówień publicznych i realizatorów tych zamówień do wprowadzenia do zawartej na okres dłuższy niż 6 miesięcy umowy, której przedmiotem są m.in. usługi, postanowień dotyczących zmian wysokości wynagrodzenia należnego wykonawcy, w przypadku zmiany ceny materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówienia. Świadczenia medyczne to również są usługi i to usługi o szczególnym znaczeniu dla społeczeństwa. Niestety ustawa o świadczeniach nie przewiduje wzrostu cen w sytuacji wzrostu kosztów realizacji świadczeń chociażby w związku ze wzrostem cen energii czy leków.

Ustawa podwyżkowa również jest w pewien sposób przyczyną naszych kłopotów, ponieważ w oparciu o zatwierdzoną przez ministra zdrowia rekomendację oczywiście nastąpiło zwiększenie wycen w opiece paliatywnej o mniej więcej 21% w ubiegłym roku, ale mimo tego uznania w rekomendacji ministra opieki paliatywnej za obszar wymagający pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, to nadal mamy problemy. Ten wzrost wycen jest zbyt niski w stosunku do wzrostu kosztów. Występują również różnice w wycenie wynikające ze sposobu zatrudniania. Tam, gdzie mamy zatrudnionych pracowników na umowę o pracę, wzrost tych wycen był zdecydowanie wyższy niż tam, gdzie są zatrudniani pracownicy o podobnych kwalifikacjach w ramach umów cywilnoprawnych. Wreszcie przyczyną jest brak uwzględnienia coraz gorszej sytuacji ekonomicznej placówek. Tutaj państwo widzicie różnicę wycen świadczeń w poszczególnych województwach. Może skupmy się tylko na hospicjum domowym dla dzieci. Na Dolnym Śląsku cena minimalna to 76,96 zł a maksymalna ponad 85 zł. Jest to ponad 10% różnicy. W województwie mazowieckim cena minimalna jest identyczna a cena maksymalna jest nieco wyższa i tutaj pomiędzy placówkami mamy blisko 13% różnicy, wynikającej tylko ze sposobu zatrudniania pracowników. Gorsze warunki zatrudnienia powodują nieodwracalny odpływ kadr. Pani dr Izabela Kaptacz, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, prawie rok temu na jednej

z konferencji przekazała informację, że już blisko połowa pielęgniarek posiadających specjalizację nie pracuje w żadnej placówce hospicyjnej.

W listopadzie ubiegłego roku na problemy w opiece paliatywnej zwrócił uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich. Rzecznik wystąpił z wnioskiem o podjęcie pilnych działań mających na celu poprawę finansowania świadczeń. W wystąpieniu rzecznik wskazał, że obecnie część pacjentów nie dożywa momentu, w którym hospicjum jest gotowe objąć ich opieką. Wpływa na to duża liczba pacjentów oraz niewystarczające dofinansowanie hospicjów. Ta sytuacja jest nie do przyjęcia z punktu widzenia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oraz praw osób korzystających z ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z decyzją ministerstwa, w Krajowym Planie Transformacji zapisano, że do 2025 r. powinno nastąpić podwojenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Brak wzrostu stawek i stale rosnące finansowanie innych zakresów świadczeń powodują odpływ kadr i efekt odwrotny do zamierzonego. W szpitalach po lipcu ubiegłego roku dodatkowo zwiększono wyceny poprzez współczynniki korygujące i dopłaty do 16% kontraktu. Oznacza to, że zwiększono kontrakty wynikające z ustawy podwyżkowej i dodatkowo dopłacono szpitalom do 16%. W listopadzie ubiegłego roku minister zdrowia zapowiedział dalszy wzrost ceny w szpitalach od stycznia bieżącego roku o kolejne 15%.

Oczywiście jest pewne światełko w tunelu, ponieważ problemy w dostępie do opieki paliatywnej, również dzięki wsparciu Komisji Zdrowia Sejmu, są rozwiązywane. Minister zdrowia powołał Zespół ds. przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. Na wniosek środowiska następuje wzrost wycen o 12% od lutego tego roku. Natomiast wnioskowaliśmy o wzrost na poziomie 25%. Wreszcie na 2023 r. przewidziana jest taryfikacja świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, hospicyjnej. Mamy nadzieję, że ta taryfikacja uwzględni również preferencje finansowe dla pracowników tak, aby byli chętni do rozpoczynania trudnych specjalizacji z zakresu opieki paliatywnej zarówno lekarskiej, jak i pielęgniarskiej.

Nasze postulaty to: wyrównanie stawek do aktualnie maksymalnych przed wzrostem wyceny o 12%, uwzględnienie w przyszłej wycenie zachęt płacowych, zniesienie limitowania świadczeń. Jak państwo wiecie, 89% naszych pacjentów ma rozpoznania onkologiczne. Już od kilku lat w Polsce świadczenia z zakresu opieki onkologicznej nie są limitowane, z wyjątkiem świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, hospicyjnej. Wreszcie naszym wnioskiem jest wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia mechanizmu automatycznej waloryzacji wycen świadczeń, ponieważ jednym z problemów zatrzymania rozwoju opieki paliatywnej jest to, że przez wiele lat wycena świadczeń nie drgnęła. Przy wzroście wycen w innych zakresach świadczeń byliśmy zdecydowanie mniej atrakcyjną dziedziną medycyny w Polsce. W związku z tym nie garnęli się do nas nowi lekarze i nowe pielęgniarki. Traciliśmy w ten sposób wykwalifikowanych pracowników na rzecz szpitali czy chociażby na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej. Wreszcie naszym postulatem jest szybkie wdrożenie wniosków z prac Zespołu.

W imieniu naszych pacjentów i współpracowników bardzo proszę o wsparcie opieki paliatywnej. Jeśli będziemy bierni – po cichutku do historii przejdzie ten kawałek polskiej medycyny, którego wyjątkowo nie trzeba się wstydzić. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim otworzę dyskusję, to chciałbym, żebyśmy wspólnie – posłowie oraz zaproszeni goście, jeśli ktoś z państwa chciałby się zgłosić, to bardzo proszę – rozmawiali, ale jeszcze tytułem wyjaśnienia chciałbym powiedzieć, że my uważamy, że problem jest bardzo ważny i dlatego zajęliśmy się nim na posiedzeniu Komisji. Chcemy poznać problemy, specyfikę i – mówiąc krótko – wiedzieć więcej na ten temat. Natomiast nie naszą rolą jest pośrednictwo w rozmowach czy negocjacjach, więc pewne postulaty, które pan tutaj zasygnalizował, powinny być zgłaszane w innym gremium i przy innej okazji. My oczywiście będziemy się tym wszystkim interesować, bo to z kolei jest naszą rolą. To tyle. Bardzo proszę, otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan poseł Wolski.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Pan podaje tutaj fatalne dane, które powinny być przedmiotem wstydu dla nas wszystkich w odniesieniu do tego, co już się wydarzyło, ale również w odniesieniu do niejasnej przyszłości opieki paliatywnej i hospicjów. Tak jak mówię, te dane są fatalne, te konkrety podane w liczbach i procentach w oparciu o dane wiarygodne z Ministerstwa Zdrowia. Aktualnie bardzo ważnym na posiedzeniu Sejmu będzie przyjęcie Krajowej Sieci Onkologicznej, o czym debatujemy i aby tam, gdzie nie z winy systemu zdrowia oraz z winy systemu zdrowia, te wszystkie niepowodzenia często kończą się właśnie u państwa w opiece paliatywnej. No tak, jak się nie uda wyleczyć czy nawet wcześnie zdiagnozować, to potem pacjent trafia do hospicjum i do opieki paliatywnej.

Chciałbym natomiast spojrzeć na te liczby z innego punktu widzenia. Jestem czynnym lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i jestem pełen uznania i podziwu dla tych koleżanek i kolegów, którzy pracują właśnie w tym systemie i mówię nie tylko o opiece stacjonarnej, ale również o opiece domowej. Powiem dlaczego. Tych pacjentów niestety przybywa. Jeżeli kuleje pomoc stacjonarna i domowa, to wtedy ciężar prowadzenia tych pacjentów spada na podstawową opiekę zdrowotną, która i tak jest przeciążona. Nie stać lekarzy na częste wizyty domowe u pacjentów.

Właśnie to, co padało, że w 90% ta opieka dotyczy pacjentów chorych na nowotwory, a te wizyty z konieczności są rzadkie. Przeciętny lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie ma dobrego przygotowania do prowadzenia tych pacjentów, a nawet po prostu nie ma odpowiednich cech swojej osobowości. To jest specyficzny rodzaj pacjentów. Trzeba dla lekarzy, zresztą również dla pielęgniarek i wszystkich pracowników, którzy pracują w tym pionie, mieć nietypową specyfikę, czyli z jednej strony wykazywać dużo empatii, która jest bardzo potrzebna, ale niejako również – już mówię w skrócie logicznym – blokować te negatywne emocje, żeby nie docierały do danego pracownika, powodując jakieś dystymie, depresje, wypalenie zawodowe czy chęć ucieczki, bo to jest powszechne zjawisko. Tym większe słowa podziękowania i szacunku dla tych, którzy pracują w tej dziedzinie.

Kończąc, mam takie wrażenie, że wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – nie wiem, czy ministerstwo zbiera takie informacje – jeszcze niedawno był wielki lęk przed wypisywaniem leków przeciwbólowych. Mówię o lekach narkotycznych. Był to lęk często irracjonalny – jeszcze kiedyś rozumiem, jak to było takie skomplikowane i były jakieś różowe recepty – żeby przypadkiem nie być w kręgu podejrzeń, że może lekarz sam bierze te leki bądź nimi handluje. Niestety tak to było. To jest proza życia. Ten lęk zmniejsza się, ale dalej tak jest, a przecież opieka w hospicjum czy opieka paliatywna to tak w istocie jest zwiększeniem komfortu umierania tych pacjentów, nazywając rzecz po imieniu. W tym odpowiednim momencie powinno się wkroczyć z bardzo silnymi narkotycznymi lekami przeciwbólowymi, żeby nie przeczekać tego momentu, kiedy już jest pora na te leki, bo potem ,jak się ten moment przeczeka, to skuteczność tych leków zbyt późno stosowanych jest już o wiele mniejsza niż wczesne wprowadzone leczenie przez lekarza w tym wyspecjalizowaniu. To tyle. Chciałem zabrać głos, bo ja będę musiał niedługo wyjść na kolejne ważne spotkanie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękujemy, panie pośle.

Pani poseł Rosa, bardzo proszę.

Poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, moje pierwsze pytanie dotyczy limitowania świadczeń. Dlaczego te świadczenia są limitowane i czy ministerstwo planuje czy może we wnioskach zespołu, który pracuje w ministerstwie, jest rekomendacja odnosząca się do zlikwidowania limitowania świadczeń, biorąc pod uwagę – jak już było wspomniane – że świadczenia onkologiczne nie są limitowane?

Po drugie, poruszę kwestię różnicy wycen w poszczególnych województwach. Czy obecny wzrost świadczeń wyrówna te różnice i skąd one wynikają? Są one różne w zależności od rodzaju umowy, czy jest to umowa o pracę, czy umowa cywilnoprawna? Czy różnica między poszczególnymi województwami, jednostkami, zostanie w przyszłości zlikwidowana i ewentualnie w jakim terminie?

Kolejna kwestia to jest kwestia inflacji. Czy planowany jest automatyczny wzrost wyceny w zależności od poziomu inflacji? Czy takie działania będą podjęte? Czy jest to może we wnioskach zespołu, który pracuje w ministerstwie? Interesuje mnie także kwestia różnicy dostępu do opieki hospicyjnej i paliatywnej w poszczególnych województwach. Chciałabym prosić pana ministra o przedstawienie informacji, jak wygląda dostęp dla pacjentów w zależności od województwa, które zamieszkują, ewentualnie od wielkości miasta, gminy lub powiatu. Jakie działania będą państwo kierować, jeśli rzeczywiście – a wiemy, że one są – te różnice w dostępie są znaczne? Różnice te oczywiście wynikają z kwestii wyceny, co wszyscy wiemy, ale także z kwestii dostępności kadry. Stąd moje pytanie, w jaki sposób zwiększyć liczbę kadr, która będzie opiekowała się pacjentami, których niestety będzie coraz więcej?

Moje ostatnie pytanie to kwestia pielęgniarskiej opieki domowej długoterminowej. Jak wyglądają rozmowy ze środowiskiem pielęgniarskim odnoszące się do wyceny świadczeń w tym zakresie? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Skowrońska, proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Żeby się nie powtarzać, to przyłączam się do moich przedmówców i do tych najważniejszych problemów, które z tego raportu wynikają i o których państwo mówiliście przy prezentacji. Szczególnie interesuje mnie – poprosiłabym pana ministra o odpowiedź – dlaczego jak wczoraj procedowaliśmy ustawę o sieci onkologicznej, to nie wspomnieliście państwo ani słowem m.in. o opiece paliatywnej i jej limitowaniu? Chciałabym pana ministra zapytać, w jakim stopniu państwo albo środowisko wskazało dodatkowe potrzeby? To jest jedno.

Druga rzecz, mówimy o kosztach w tamtej ustawie o sieci onkologicznej, ale mówimy także o całym planie NFZ-u po nowemu, gdzie wyszły m.in. świadczenia, które kiedyś były w budżecie, czyli ratownictwo i emeryci służb mundurowych. Za to teraz płaci Narodowy Fundusz Zdrowia, a nie tak jak było wcześniej, że to zmniejszenie było oddzielnie z budżetu. Zatem skoro państwo powiedzieliście, że są wysokie koszty i nie były one waloryzowane ani nie była dokonywana nowa wycena, to kiedy państwo zamierzacie przeprowadzić taką wycenę i na jakim etapie jesteście państwo w konsultacjach ze środowiskiem?

Jedno dodatkowe pytanie, które może nie wiąże się z tematem – proszę, żeby pan przewodniczący się nie denerwował – skoro w 2015 r. Uniwersytet Rzeszowski uruchomił nowy kierunek lekarski, to dlaczego nic nie posuwa się do przodu w sprawie szpitala klinicznego, który był obiecywany? Ja poproszę, żeby nie odpowiadać tutaj, ale bardzo uprzejmie proszę o późniejsze udzielenie odpowiedzi.

Ogromne podziękowania dla wszystkich z państwa, którzy pracują w zakresie opieki paliatywnej, bo to wasze serce, wasza praca i wasza determinacja niesie ludziom pomoc. Raz jeszcze państwu bardzo serdecznie dziękuję i myślę, że są to podziękowania wszystkich członków tych rodzin, a nawet niekiedy tych osób, którymi się opiekujecie, a którzy nie mogą wam podziękować. Składam więc ogromne podziękowania za pracę, którą wykonujecie dla tych, którzy potrzebują wsparcia od was i opieki. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł, myślę, że my wszyscy dołączamy się do tych podziękowań i myślę, że to nie tylko kwestia tych rodzin, ale to są podziękowania od nas wszystkich dla państwa za często bardzo heroiczne opieki nad chorymi. Sam nie tak dawno miałem okazję rozmawiać z częścią z państwa i akurat wtedy chodziło o dzieci i starałem się pomóc rozwiązać pewne problemy, więc naprawdę pamiętam doskonale tamtą rozmowę i podziwiam państwa wielkie zaangażowanie.

Pozwólcie państwo, że nawiążę jeszcze do głosu pana posła Wolskiego i zapytam, jak wygląda współpraca z lekarzami rodzinnymi? To, że lekarze czy też pielęgniarki, które pracują w hospicjach domowych, mają szczególne predyspozycje i kwalifikacje – to nie podlega dyskusji – ale jednak pamiętajmy, że w dalszym ciągu dany pacjent jest przypisany do określonego lekarza oraz do określonego POZ i jest stawka kapitacyjna, więc

pojawia się pytanie, w jakim stopniu ona też ewentualnie to wspiera, bo czym innym jest prowadzenie systemowe tego pacjenta, który wymaga opieki hospicyjnej przez wyspecjalizowany zespół pielęgniarsko-lekarski, a czym innym są pewne bieżące działania, które równie dobrze może przeprowadzić lekarz rodzinny. Czy lekarz rodzinny rzeczywiście się w to angażuje czy też uważa, że nie, to już nie moja sprawa, bo to jest kwestia hospicjum? Czy jest to może indywidualne i bardzo różne? Chętnie dowiedziałbym się czegoś na ten temat ze strony ministerstwa lub od państwa.

Szanowni państwo, ze stołu prezydialnego widzę, że zgłoszeń jest bardzo dużo, również ze strony gości, tak że zanim oddam głos gościom, to pojawi się chociaż jeszcze jeden głos ze strony posłów. Pan poseł Kapinos, a później kolejne głosy poselskie. Bardzo proszę.

Poseł Fryderyk Kapinos (PiS):

Szanowny panie przewodniczący razem z zastępcami, szanowny panie ministrze, Wysoka Komisjo, ja również bardzo serdecznie chciałbym się dołączyć do tych podziękowań dla wszystkich pracowników hospicjów stacjonarnych, ale i tych domowych oraz dla wolontariuszy. Chciałem też powiedzieć, że podczas pandemii koronawirusa, kiedy rodziny nie chciały oddawać swoich bliskich do szpitali czy do opieki stacjonarnej paliatywnej, bardzo ważne było to hospicjum domowe. Z tego powodu chciałem bardzo serdecznie podziękować wszystkim tym pracownikom, lekarzom, pielęgniarkom i wszystkim osobom, które się włączyły do tej bardzo ciężkiej pracy. Chciałbym podziękować także Ministerstwu Zdrowia za to, że zostały zapłacone te wszystkie usługi, ponieważ one wszystkie nie były zakontraktowane, a jednak wszystkie z nich zostały zapłacone. Panie ministrze, bardzo serdecznie dziękuję, że wszystkie usługi zostały zapłacone. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Oczywiście dzisiaj poruszamy materię bardzo poważną i bardzo wrażliwą, dlatego dziękuję bardzo, że dyskutujemy w takiej atmosferze poważnej i pełnej zaangażowania. Rzeczywiście każdy z nas jest wyrazicielem wielkiego szacunku oraz wielkiej wdzięczności wszystkim pracownikom hospicjum, opieki paliatywnej oraz opieki długoterminowej za szczere pojmowanie misji i służby w aspekcie ochrony zdrowia oraz w aspekcie tego najbardziej potrzebującego, czyli pacjenta. Wiemy, że choroba nowotworowa, która charakteryzuje się zbolałym ciałem, cierpieniem duszy, ale też stanami lękowymi, depresyjnymi itd, wymaga szczególnej troski i szczególnego zaangażowania nas wszystkich.

Dlatego poruszę na razie tylko kwestię wyjaśnienia. Do 18 roku życia opieka paliatywna i hospicyjna jest nielimitowana. To jest jedna kwestia. Druga kwestia to opieka paliatywna oraz opieka długoterminowa w aspekcie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, która też jest nielimitowana. Ważne jest, abyśmy to zapamiętali, bo wybrzmiało to tak, że wszystkie kwestie opieki paliatywnej, hospicyjnej są limitowane. Jeszcze raz powtarzam, że do 18 roku życia one nie są limitowane. Pan minister także wyraźnie powiedział, że cały czas zdajemy sobie sprawę – zaraz będę mówił o niedoszacowaniu – że opieka paliatywna, hospicyjna z 813 mln zł wzrosła praktycznie do 1321 mln zł, natomiast opieka pielęgnacyjna opieka długoterminowa wzrosła prawie dwukrotnie z 1875 mln zł do praktycznie 3300 mln zł. Ten sukcesywny wzrost jest zauważany, ale rzeczywiście są wielkie niedobory oraz wielkie niedoszacowanie. My znamy to z życia biur poselskich oraz wizyt w hospicjach. Ja jestem z województwa zachodniopomorskiego, gdzie jest hospicjum im. św. Maksymiliana Kolbe w Koszalinie czy hospicjum w Kołobrzegu lub Tarłowie i my mamy tam liczne wizyty, podczas których mamy styczność z różnego rodzaju pytaniami oraz z troską o to, czy czasami to wszystko, co powiedział pan doktor w związku z niedoszacowaniem, waloryzacją oraz z odpływem kadr z wielu przyczyn, się potwierdza. Pan to wszystko powiedział.

Natomiast mam taką malutką dygresję, bo wspomniał pan o szpitalach, że przecież niedawno rząd przeznaczył 7,5 mld zł na ustawę podwyżkową, dlatego na drugie półrocze dostaną również współczynnik korygujący, czyli 16% podwyżki. Teraz dodatkowo będą podwyżki korygujące, ale gdyby pan słyszał też głosy dyrektorów czy osób zarzą-

dzających szpitalem, to tam cały czas są pretensje w związku z niedoszacowaniem, czyli podejrzewam, że gdybyście dostali podobne albo w miarę podobne podwyżki wynagrodzenia, to na pewno bylibyście także troszeczkę chociaż usatysfakcjonowani. Natomiast oczywiście 14% to jest rzeczywiście kwestia do dyskusji, ale to jest mało, tak? To każdy z nas przyzna, tym bardziej w aspekcie tego, co pan doktor zauważył, że art. 68 ust. 3 Konstytucji mówi, że musimy szczególną troską i opieką otoczyć ludzi niepełnosprawnych, ludzi starszych oraz również tych z chorobą nowotworową.

Natomiast mam pytanie. Oczywiście pytania, które zadał pan doktor oraz moi przedmówcy, są aktualne, ale ja chciałbym zapytać o hospicja perinatalne. Czy Ministerstwo Zdrowia będzie w jakiś sposób propagować czy też powiększać ich liczbę? W niektórych województwach nie ma w ogóle hospicjum perinatalnego. To jest również kwestia bardzo poważna oraz wrażliwa. Czy też mamy na to wgląd i jakąś perspektywę lub strategię działania? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Widzę państwa. Tutaj zgłosiło się kilkanaście osób. Ja będę państwu udzielał głosu po kolei. Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu za przytoczenie tych ważnych danych dotyczących zarówno finansowania, jak i tego, że do pewnego wieku to świadczenie jest nielimitowane. To umknęło w tej prezentacji. Ważne jest, abyśmy mieli pełny obraz sytuacji. Bardzo proszę, teraz pani.

Krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dr n. o zdrowiu Mariola Rybka:

Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, nazywam się Mariola Rybka, jestem konsultantem krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Bardzo dużo na dzisiejszym spotkaniu było już powiedziane na temat opieki paliatywnej, hospicyjnej, która w żaden sposób nie łączy się z opieką długoterminową, zarówno tą domową, jak i stacjonarną. Mam kilka pytań do pana ministra w kontekście ostatniego spotkania, na którym spotkaliśmy się z panem ministrem Kraską. Na tym spotkaniu również poruszaliśmy bardzo istotny temat, o którym wspomniana była dzisiaj tylko namiastka. Mianowicie jest to temat opieki długoterminowej stacjonarnej.

Są to zakłady opiekuńczo-lecznicze i opiekuńczo-pielęgnacyjne, które mieszczą się w całej Polsce. Tych zakładów jest niezbyt dużo, bo jest w granicach 500 takich zakładów, które funkcjonują w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej. Nie mówimy wcale na temat opieki długoterminowej stacjonarnej. Dzisiaj było tylko wspomniane, że ona funkcjonuje, ale tak naprawdę jest w takim rozpadzie tego wszystkiego. Stawka, która na dzisiaj funkcjonuje w opiece długoterminowej stacjonarnej – słuchajcie państwo – wynosi 199 zł za osobodzień. To jest tragedia, żebyśmy w zakresie takiej kwoty mogli zabezpieczyć dostępność. Oczywiście na spotkaniu słyszałam, że pacjenci też coś dopłacają. Wyliczyłam tę kwotę ze względu na to, że to 70%, które dopłaca pacjent, to jest w granicach 40 do 50 zł dziennie. To jest bardzo mała kwota, która jest przeznaczona na zakwaterowanie i wyżywienie. Mówimy o świadczeniach pielęgnacyjnych w opiece długoterminowej stacjonarnej, czyli o ZOL i ZPO. Cóż jest porównywalne do opieki hospicjum stacjonarnego oddziału paliatywnego?

Mamy jednostki chorobowe, które obejmują pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, kardiomiopatią, niewydolnością oddechową niesklasyfikowaną gdzieś indziej, owrzodzeniem odleżynowym. Ten sam pacjent dostaje świadczenie w różnym zwrocie kosztów za zrealizowane… Jest to na dzisiaj nieporównywalne, bez wzrostu o te 12%, które jest w hospicjum w oddziale opieki paliatywnej tj. 507 zł, natomiast my za tego samego pacjenta – to jest nierówne traktowanie pacjentów – dostajemy 199 zł – a musimy zabezpieczyć te same świadczenia i nie jesteśmy uwzględnieni w żadnych działaniach dotyczących procedowania. Panie ministrze, składałam wniosek, żeby powołać zespół ds. opieki długoterminowej zarówno domowej, jak i stacjonarnej, żebyśmy mogli się spotkać i to przedyskutować. Jest to bardzo duża grupa naszego społeczeństwa w granicach 60 tys. osób, które są w opiece długoterminowej domowej, która jest zresztą bardzo potrzebna.

Państwo poruszaliście temat, że dobrze zaopiekowany pacjent w domu powoduje mniejsze koszty w lecznictwie stacjonarnym, czyli w szpitalach. To samo jest z opieką długoterminową. To samo jest z zakładami opieki długoterminowej ZPO. Nie ma rehospitalizacji. Jeżeli ten pacjent dostanie w odpowiednim czasie pomoc z zakresu opieki koordynowanej, czyli że pacjent po udarze trafi na oddział udarowy, a potem na wczesną rehabilitację… Jeżeli pacjent się kwalifikuje, bo ci pacjenci wielokrotnie nie kwalifikują się i bezpośrednio trafiają – jeżeli się tylko uda – do opieki długoterminowej stacjonarnej ZOL czy ZPO za te 199 zł. Na dzisiaj pacjent oczekuje do zakładów opieki długoterminowej w granicach od 6 do 12 miesięcy – tak jest akurat w zakładzie, który ja prowadzę – czyli jeżeli uda się, że pacjent dostanie opiekę długoterminową domową, to bardzo dobrze, ale tam też są kolejki i w którymś momencie, jak on trafia jednak do zakładu, to jest z tak dużymi powikłaniami, że koszt pielęgnacji, opieki i profilaktyki tego pacjenta zdecydowanie przerasta kwotę, którą dostajemy. Oczywiście dobrze byłoby, gdyby było to sumptem takiej koordynowanej opieki i aby pacjent miał taką możliwość. My mamy tylko wskazania przyjęcia poza kolejnością np. osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności stopnia znacznego, ale tam także jest kolejka. Ja też mam pacjentów z tą kolejką.

Ja wiem, że czas, ale kwestia kombatantów. Jeżeli tylko się uda i mamy wolne miejsce, to ich przyjmujemy. Natomiast tego miejsca bardzo się pilnuje, dlatego stąd proszę i wnioskuję jako konsultant o powołanie zespołu ds. opieki długoterminowej przy Ministerstwie Zdrowia, abyśmy mogli tak merytorycznie rozmawiać, jak państwo rozmawiacie z tą działką, z którą niedawno byliśmy połączone. Niedawno opieka długoterminowa była połączona z opieką paliatywną i hospicyjną. Dzisiaj jesteśmy osobno, ale zwracamy się z prośbą o powołanie zespołu, żebyśmy mogli rozmawiać na ten temat merytorycznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo za ten ważny głos. Szanowni państwo, widzę mnóstwo zgłoszeń. Wszyscy po kolei będą zabierać głos, stąd też ważne, żeby wypowiedzi były niezbyt długie, bo mamy ograniczony czas. Był to bardzo ważny głos, ponieważ my w temacie dzisiejszego posiedzenia mamy nie tylko funkcjonowanie hospicjów czy opieki paliatywnej, ale również opiekę długoterminową. Prezentacja natomiast dotyczyła tylko jednej części. Państwo macie trudną sytuację. Jedni pacjenci trafią w jedne ręce, a drudzy w drugie, bo to częściowo nakłada się na siebie, a finansowanie jest bardzo różne. Ja wiem, że potrzeby opieki medycznej są różne, ale jednak nie aż tak bardzo różne. Kolejny głos. Pani poseł Płonka, proszę bardzo.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, ja wypowiem się trochę jako lekarz praktyk z hospicjum i jako lekarz rodzinny. Mam również spojrzenie na całość tej opieki jako polityk. Hospicja są prowadzone w różnych formułach prawnych. Najczęściej prowadzone są w formie stowarzyszenia. Organizują one również zbiórki publiczne, które finansują leczenie poza środkami z NFZ i różne datki fundacyjne tam wpływają, ale jednak hospicja mają ograniczone procedury przyjmowania, o których tutaj mówiła pani profesor, że to są choroby nowotworowe w stanie już terminalnym, czyli dotyczą pacjentów mających przejść na drugą stronę w sposób w miarę bezbólowy i zaopiekowany. Tak też się dzieje. Występuje jeden zgon w hospicjum, które ma 17 łóżek, albo nawet trzy dziennie.

Tak to się odbywa, dlatego też nie wszyscy lekarze, którzy mają opiekować się takimi pacjentami, są w stanie znieść to psychicznie. Wielu próbuje pracy w hospicjum, ale nie są w stanie przejść przez taki temat. Oczywiście ja mam kurs i nie mogę być kierownikiem hospicjum, bo do tego trzeba mieć specjalizację z medycyny paliatywnej, a ja mam kurs z medycyny paliatywnej jako lekarz rodzinny. W związku z tym dyżuruję i bywałam również na wizytach domowych. Są duże kolejki do tej opieki, którą przede wszystkim sprawują pielęgniarki hospicjów do opieki hospicjów domowych. Tutaj zawsze kieruje lekarz rodzinny, zarówno do hospicjum, jak i do hospicjum domowego, z tym że jeśli chodzi o hospicjum stacjonarne, to tu się kończy jego opieka, a pacjent przechodzi pod inną opiekę i Narodowy Fundusz Zdrowia nie może łączyć płacenia obu podmiotom.

Natomiast jeśli pacjent jest w hospicjum domowym, to zostaje on pod opieką lekarza rodzinnego, ale i również lekarza hospicjum.

Problem jest jeszcze inny. Mamy za mało pielęgniarek opieki długoterminowej, którą opłaca Narodowy Fundusz Zdrowia. To są pielęgniarki, które mogą zaopiekować się pacjentem w domu. To jest o wiele tańsze. Natomiast potrzebne są również oddziały szpitalnej opieki długoterminowej, ponieważ wchodzimy w taki stan rzeczy, że zabraknie już możliwości umieszczania w DPS, a poza tym chorzy ludzie, którzy wymagają 24 godzinnej opieki pielęgniarskiej, faktycznie muszą mieć tę opiekę w innym miejscu. Nie zawsze jest to możliwe w domu. Jest to bardzo trudny problem, dlatego że im starsze społeczeństwo, tym więcej geriatrii, tym więcej skomplikowanych chorób, a choroby nowotworowe wchodzą przede wszystkim właśnie do hospicjum, żeby łagodzić ból i pozwolić odejść pacjentom w miarę bezbólowo i zaopiekowanym. Wtedy opieka jest rzeczywiście fantastyczna. Jest ona z czystością oraz higieną. Tam rzeczywiście ludzie z chorobami nowotworowymi przychodzą umierać, jeśli rodzina już sobie z tym nie radzi, bo jeżeli jest w hospicjum domowym, to na końcówkę może przejść do hospicjum stacjonarnego, czyli na oddział hospicyjny.

Dzieci również są pod opieką hospicjum domowego, a zwłaszcza te dzieci niepełnosprawne neurologicznie, ale tutaj z kolei potrzebni są lekarze pediatrzy oraz tacy, którzy mają specjalizacją albo przynajmniej przeszkolenie w opiece paliatywnej, bo ona nie jest taka prosta. Tam jest bardzo dużo środków o charakterze narkotycznym i przeciwbólowym, więc trzeba umieć sobie z tym poradzić, żeby nie krzywdzić pacjenta. To może tyle. Ja jestem za tym, abyśmy rozwijali opiekę długoterminową również dla innych schorzeń…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę o dyscyplinę czasową.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan przewodniczący Piecha.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja znam ten temat 20 lat i zawsze było to samo. Niezależnie jakie były rządy, to zawsze były pewne mniej lub bardziej słuszne postulaty i zawsze rozbijało się to wszystko o dwie rzeczy: jaka powinna być partycypacja państwa w opiece hospicyjnej – już nie mówię o opiece długoterminowej realizowanej przez ZOL i ZOP – oraz jak temu zapobiec. Ja rozumiem, że mamy wyzwanie cywilizacyjne, które nie tylko polega na starzeniu się społeczeństwa, ale również na zmianach cywilizacyjnych w naszych rodzinach. Dziś w zasadzie nikogo nie stać, żeby trzymać chorego w domu, co jeszcze 30 lat temu było rzeczą normalną, a oddziały służyły jedynie wtedy dla przewlekle chorych.

Pani poseł, nie zgadzam się, że hospicjum to umieralnia, bo to jest ogromne nadużycie. To nie jest umieralnia. To jest odpowiednie leczenie i to bardzo skomplikowane oraz wielodyscyplinowe. Również leczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym czy pielęgnacyjnym ma swoją specyfikę. Ono wymaga zinstytucjonowana i tak właśnie mamy. Natomiast ja wiem o tym, że zawsze pojawi się pytanie: A dobra, skąd na to wziąć pieniądze? Jest wiele wyzwań, a my mamy tylko jedno źródło finansowania i tym źródłem są nasze podatki, jakkolwiek je nazwę. To może być składka, to może być budżet państwa, to może być budżet samorządu, ale to zawsze będzie pochodziło z podatków.

Myślę, że dobrym pomysłem byłoby jednak powołanie zespołu i wrócenie do pewnego pomysłu, który był właściwie sformalizowany dawno temu i nikt tego nie pamięta. Była to ustawa o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. To był bardzo poważny problem, a ona była gotowa. Pewnie była niedoskonała, bo różne rzeczy zawsze są bardziej lub mniej doskonałe. O co wtedy się rozbiło? Ano o poziom finansowania tej ustawy, czyli o składkę. Po pierwsze, czy ma być dobrowolna? Czy ma być obligatoryjna tak, jak składka na ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia? Wreszcie, jaki procent ma wynosić i skąd ją wziąć, czyli z czym ją połączyć? Czy ma to odprowadzać pracodawca, czy rodzina, czy może sam

ubezpieczony i w jakiej wysokości, czy 0,5%, 1%, czy może w taki sposób, jak niemieckie ubezpieczenie pielęgnacyjne, czyli w wysokości prawie 2%. Są to określone sumy.

Byłaby to kwota dedykowana na opiekę długoterminową, jakkolwiek ją rozumiemy, plus oczywiście na opiekę hospicyjną. Muszę jednak przypomnieć o uregulowaniach, które są pewnie kalekie i niewystarczające, jak mówi pani profesor, ale jednak w przeciwieństwie do klasycznego szpitala pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym czy pielęgnacyjnym jest częściowo odpłatny. Należy ubolewać, że taka jest składka dzienna i te 70% wynika po prostu z wielkości naszej emerytury, ale konia z rzędem, jeżeli pani profesor to uleczy, przedstawi to w Sejmie i 460 posłów za tym zagłosuje, a na dodatek społeczeństwo to przyjmie, bo społeczeństwo żadnego obciążenia podatkowego nie lubi przyjmować. Może pani być niesamowitym humanistą, ale myślę, że ilość hejtu, który pojawi się pod takim postem, będzie zdecydowanie większa niż tych pozytywnych komentarzy.

Wydaje mi się, że może to jest czas wrócić do tej ustawy o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Wtedy byłaby jakaś kwota wyodrębniona. Pewnie byłaby ona niewystarczająca, ale byłaby jednak jakaś kwota dedykowana na tego typu leczenie. Natomiast ja się nie będę tutaj wypowiadał nad specyfiką, bo wiem, jaka jest specyfika i jakie są hospicja. Dla mnie są one fajne. Musimy także pamiętać, że w ostatnich czasach są przeznaczane środki budżetu państwa na różnego rodzaju przedsięwzięcia. Na przykład u mnie w Rybniku buduje się hospicjum stacjonarne za 20 mln zł i wcale niemałą partycypację przekazuje budżet państwa. Trzeba zauważyć jednak, że to jest tylko obiekt, natomiast po to, żeby ten obiekt żył, to muszą być pacjenci – oni się znajdą i o to mnie głowa nie boli – ale muszą się znaleźć także ci, którzy będą tam pracować. Nie obejdzie się bez wolontariuszy, bo tak jest zbudowany świat, że tutaj muszą być wolontariusze. Nie obejdzie się również bez filantropii, bo hospicja działają również na filantropii czy działalności charytatywnej. To są te słynne odpisy podatkowe albo dotacje różnych sponsorów, którzy to utrzymują, bo to jest dopuszczalne. Natomiast ta ustawa według mnie byłaby pilna i jednak może taki zespół mógłby ją zainicjować. Nie spodziewam się jednak, żeby szybko zostały znalezione rozwiązania, aczkolwiek takie prace trzeba byłoby zacząć. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Z państwa strony było bardzo dużo zgłoszeń. Bardzo proszę.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa w woj. mazowieckim Lilia Kimber-Dziwisz:

Ja powiem tylko dwa słowa. Bardzo serdecznie dziękuję za tę historię z prof. Religą, bo rzeczywiście cały sektor opieki długoterminowej bardzo liczył na wejście tej ustawy o ubezpieczeniach pielęgnacyjnych. Myślę, że to, co pan minister powiedział, że pewnie nie rozwiążemy tego w tej chwili… Ja się jeszcze nie przedstawiłam, przepraszam. Lilia Kimber-Dziwisz, jestem konsultantem wojewódzkim na terenie Mazowsza w dziedzinie opieki długoterminowej.

Proszę państwa, rzeczywiście musimy wreszcie mieć odwagę ustalić pewien obszar finansowania i podzielenia podmiotów na rodzinę, na pacjenta, na Narodowy Fundusz Zdrowia, na płatnika. Przecież dzisiaj się to tak odbywa. Wszyscy się bali, że w momencie, kiedy pacjent będzie trafiał do domu pomocy społecznej… Przecież my na tej ustawie cały czas działamy, tylko u nas zamyka się to na 70% emerytury bądź renty i cisza. Natomiast w sektorze pomocy społecznej rodziny płacą. Co roku organy założycielskie domów pomocy ustalają cenę utrzymania w danym domu. Pani poseł Kwiecień doskonale wie, bo wiele lat działała w kierunku rozwoju opieki długoterminowej na naszym terenie i tam rodziny płacą, wyrównując do 4800 zł, do 4200 zł, prawda? Wszyscy to przyjęli, tak że myślę, żebyśmy do końca się tego nie bali, zwłaszcza że to, co pan minister słusznie powiedział, że zmieniła się też kultura i rozumienie odpowiedzialności rodziny i rozumienia tego, że jeżeli nie mogę zająć się w domu, to muszę najzwyczajniej w świecie zapłacić za tę opiekę. Z tego powodu bardzo proszę, abyśmy spróbowali o tym porozmawiać.

Szanowni państwo, dzisiaj opieka długoterminowa stoi rozkrokiem między pomocą społeczną… Z jednej strony nam się narzuca ogromne wymogi szpitalne, liczby specjalistów, lekarzy jakich mamy zatrudniać, pielęgniarki po specjalizacjach, a jednocześnie mówi się o nas zakład opiekuńczy. Z tego wynika, że zakład opiekuńczy ma mieć neuro-

loga, psychiatrę, geriatrę, internistę, anestezjologa, jeżeli się okaże, że pacjent jest wentylowany, pielęgniarki po wszelakich specjalizacjach, paliatywnych, długoterminowych, zachowawczych czy rodzinnych. Z tego wynika, że wymogi są szpitalne. Chciałam powiedzieć, że jak mamy tego samego pacjenta 0 w skali Barthel w oddziale rehabilitacji i jeżeli trafi do nas do zakładu, to my musimy dać mu jedną czwartą etatu fizjoterapeuty, kiedy w oddziale rehabilitacji jest 1 fizjoterapeuta na 10 pacjentów. To są jakieś horrendalne nieporozumienia. Stoimy także rozkrokiem w pomocy społecznej, bo jednocześnie pacjent niby nam płaci, ale to, co powiedziała pani profesor, że średnia – myśmy naprawdę zrobili bardzo solidne wyliczenia – dopłat wynosi od 41,20 zł do 56,90 zł za osobodzień. Proszę mi znaleźć hotel z trzema czy pięcioma posiłkami dziennie z pralnią i ze wszystkim. Może już nie dziękujmy sobie wzajemnie, bo myślę, że my wszyscy wiemy, na czym stoimy, ale spróbujmy odważyć się określić obszar finansowania na poszczególne podmioty, pacjenta, rodzinę, również na samorząd – w końcu przecież samorząd też ma jakieś zadania – czy na płatnika, na Narodowy Fundusz Zdrowia. Dziękuję za to, że państwo zainteresowaliście się też opieką długoterminową.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani obok.

Wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Iwona Markiewicz:

Dzień dobry, witam wszystkich serdecznie. Nazywam się Iwona Markiewicz. Reprezentuję Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, ale oprócz tego jestem konsultantem wojewódzkim pielęgniarstwa opieki długoterminowej w województwie śląskim. Wszyscy tutaj się cieszymy, że długoterminowa opieka domowa została w końcu usłyszana i że te 10% do 17% podwyżki dostaniemy, ale – proszę państwa – to naprawdę nie jest wystarczające. My już o tym wiemy. To był lipiec. Natomiast my od lipca pukaliśmy wszędzie, że w tej akurat kwestii i w tym świadczeniu jest tragedia po wprowadzeniu wymogów ustawowych. W związku z tym zadziałaliśmy, tak? Państwo nas zrozumieliście i dostaliśmy 10% do 17%.

Natomiast to absolutnie nie jest wystarczająca kwota. My już o tym wiemy. Wiemy także, że została pominięta opieka stacjonarna. Proszę państwa, ja tutaj powiem na przykładzie województwa śląskiego, że sytuacja się zmieniła i że rodziny może mniej chcą się opiekować swoimi bliskimi jak kiedyś, natomiast jeśli chodzi o opiekę długoterminową domową, to w 2022 r. od 1 stycznia do końca grudnia objętych opieką długoterminową domową w województwie śląskim było ponad 13 tys. pacjentów. W opiece stacjonarnej było 1398 pacjentów. To jest jedno województwo, więc te liczby o czymś mówią. To, co wszyscy tutaj mówili, jeśli chodzi o opiekę długoterminową, wskazuje na to , że w tej chwili zabiegamy przede wszystkim o to, żeby jednak, tak jak jest opieka paliatywna, wyznaczona na pierwszy kwartał wyceny, była tam ponownie wrzucona opieka długoterminowa, bo jak sobie przypominam, to byliśmy na takim spotkaniu 9 listopada i wtedy pan prezes Topór-Mądry przedstawił właśnie taką sytuację, że osoba paliatywna będzie wyceniana w pierwszym kwartale przyszłego roku, ale w planach jest również opieka długoterminowa. Tego się trzymaliśmy, ale tutaj słyszymy, że jednak niestety zostaliśmy pominięci, więc prosimy o wsparcie i też chcemy być poddani wycenie, bo to, co teraz mamy, czyli 10%, 14% lub 17% to jest tylko gaszenie pożaru. To naprawdę na niewiele wystarczy. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pani poseł Zawisza zabierze głos, proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dziękuję bardzo. Ja już nie będę poruszać tych tematów, które były do tej pory omawiane. Chciałabym się skupić na jednym konkrecie. W rozdziale 5. informacji ministra, działania w obszarze opieki paliatywnej i opieki długoterminowej, pojawia się stwierdzenie odnoszące się do planów związanych z deinstytucjonalizacją opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Jest tam odniesienie do sytuacji demograficznej i możemy przeczytać, że sytuacja demograficzna wpłynie nie tylko na liczbę pacjentów, ale także na liczbę potencjalnych opiekunów zarówno formalnych, jak i nieformalnych. To jest fakt. Poja-

wia się tylko pytanie, co Ministerstwo Zdrowia pewnie we współpracy z Ministerstwem Rodziny robią w celu zapewnienia godnych warunków tym, którzy będą się opiekować osobami, które tej pomocy będą potrzebować? W przypadku deinstytucjonalizacji de facto ogrom opieki spadnie na rodzinę, oczywiście z ogromnym wsparciem państwa, jeśli chodzi o opiekę lekarską, pielęgniarską, rehabilitacyjną. Jest wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 21 października 2014 r. tj. sygnatura K 38/13, którego sprawa została podjęta na wniosek Prawa i Sprawiedliwości. Ja tylko przytoczę fragment z tego wniosku: należy wskazywać, iż wprowadzone rozwiązania systemowe w zasadzie nie uwzględniają bieżących potrzeb społecznych związanych z polityką rodzinną, a mają na celu wyłączenie i drastyczne ograniczenie wydatków państwa w tym zakresie. Nie można tymczasem radykalnie zmniejszać wydatków państwa na płaszczyźnie podstawowych praw i potrzeb społecznych, zwłaszcza tam, gdzie gwarancja zachowania pewnych standardów ma rangę najwyższej konstytucyjnych zapewnień.

To jest fakt. Teraz zasiłek opiekuńczy dla osób, które nabyły niepełnosprawność po ukończeniu 18. roku życia wynosi 620 zł. To jest takie wsparcie państwa, które mówi, że tego wsparcia tak naprawdę nie ma co się spodziewać i nie ma co na nie liczyć. My potrzebujemy również tych nieformalnych opiekunów po to, żeby właśnie tę deinstytucjonalizację przeprowadzić w sposób jak najmniej problematyczny dla tych, których to dotyczy, czyli właśnie osób starszych, osób chorych i osób, które najbardziej potrzebują tego wsparcia.

Ja 8 marca 2022 r. złożyłam projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych, który nawet nie ma numeru druku, a który zrównuje te świadczenia, które obecnie dostają opiekunowie dzieci, żeby opiekunowie osób dorosłych również otrzymywali takie świadczenia. Natomiast posłanka Kotula już 17 lutego 2021 r. złożyła swój projekt, który m.in. likwiduje zakaz łączenia tej opieki z pracą. On ma nawet numer druku 995. Z tego powodu mam takie pytanie do Ministerstwa Zdrowia. Biorąc pod uwagę, że państwo widzą ten problem… To jest w tej informacji i ja bardzo dziękuję za to, bo to znaczy, że to nie jest tylko problem, który pojawia się gdzieś tam w publikacjach w prasie. Ministerstwo jest świadome tego problemu, więc czy są prowadzone jakieś rozmowy z Ministerstwem Rodziny w celu wdrożenia tych ustaw, aby zrealizować wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który wyniknął z wniosku złożonego przez Prawo i Sprawiedliwość? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze powiem dla państwa informacji, że ustawy, o których mówiła pani poseł, nie są w posiadaniu Komisji Zdrowia. Mówię to, aby była jasna sprawa. Nawet jedna nie ma numeru druku, czyli ich nie ma w porządku, a tym bardziej w Komisji Zdrowia.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Wpłynęły do pani marszałek.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, pani poseł, mnie chodzi o to, że jest protokół, jest transmisja i ja o tym wiem, pani o tym wie, że ich nie ma w Komisji, ale chodzi o to, żeby wszyscy to wiedzieli. Tylko dlatego to powiedziałem. Proszę bardzo, teraz pan.

Członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Damian Patecki:

Dzień dobry, nazywam się Damian Patecki, jestem anestezjologiem i przedstawicielem Naczelnej Rady Lekarskiej. Chciałem podziękować za dzisiejsze obrady. One są bardzo zbliżone do tematu wentylacji domowej. Wentylacja domowa i medycyna paliatywna łączą się ze sobą. Dla mnie to jest bardzo ważne, żeby myśleć o systemie zdrowia jako o całości. Dobra medycyna paliatywna pozwoli nam odciążyć pediatrię…

Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa w woj. mazowieckim Lilia Kimber-Dziwisz:

Wentylacja domowa jest w opiece długoterminowej a nie paliatywno-hospicyjnej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam bardzo, panie doktorze, ale myśmy dopiero co bardzo długo mówili – dwa tygodnie temu – o wentylacji domowej, a pan do tego wraca. Wiemy, o co chodzi i dlaczego, ale już to zostawmy. Wie pan, ja widzę, że jeszcze z 10 osób jest zgłoszonych do zabrania głosu w tej konkretnej sprawie, a nie w sprawie wentylacji domowej.

Członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Damian Patecki:

Dobrze. Potrzebuję 30 sekund, żeby skończyć. Proszę o cierpliwość. Chodzi mi o to, że potrzebujemy dobrej medycyny paliatywnej po to, żeby chorzy, którzy nie wymagają tego, nie byli w szpitalach, nie byli na internach, nie byli na intensywnej terapii i nie byli na pediatrii. Z tego powodu musimy myśleć o tym, że te pieniądze, które wydajemy na medycynę paliatywną, to są te pieniądze, które oszczędzamy na leczeniu szpitalnym. Ja mówię to jako praktyk i lekarz. Stąd też właśnie wynikało moje nawiązanie do innego tematu. Ja wiem, że formalnie to są różne kwestie, ale ja bym chciał, żebyśmy myśleli o systemie zdrowia jako o całości, a nie jako o poszczególnych kieszonkach. My jako lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy po prostu mamy pacjenta, któremu chcemy pomóc. To tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Bardzo proszę, pani. Jeszcze potem pan zabierze głos i pani profesor, ale pani zgłaszała się wcześniej.

Członek Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Grażyna Aksamit:

Witam państwa serdecznie. Nazywam się Grażyna Aksamit. Na dzisiejszym posiedzeniu również reprezentuję Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Jestem również prezesem Krajowego Związku Podmiotów Leczniczych, który ma siedzibę w Rzeszowie. Chcę powiedzieć, że w swoich szeregach głównie skupiamy opiekę długoterminową domową. Chcę bardzo podziękować za to, że ta opieka długoterminowa wybrzmiała, dlatego że – drodzy państwo – od 1 lipca staramy się o to, żeby nasze kontrakty były zwiększone. Dlaczego?

Po zmianie wycen od 1 lipca dostaliśmy kontrakty na tym samym poziomie. Występuje różnica kilku procent między kontraktem sprzed 1 lipca a kontraktem wchodzącym w życie po 1 lipca, gdzie wynagrodzenia i ustawa o podwyżkach poszła w wiadomym kierunku. Drodzy państwo, od lipca jesteśmy w sytuacji tragicznej, dlatego że nie dostaliśmy ani grosza z sektora państwowego, a ściślej mówiąc z AOTMiT-u i później, jak to po kolei idzie, czyli przez Narodowy Fundusz Zdrowia i praktycznie rzecz biorąc do dzisiaj… Dzisiaj usłyszeliśmy, że będą określone 10%, 14% oraz 17% i bardzo dobrze. Dziękujemy za to, ale teraz pytam, co od 1 lipca? Prosimy o wyrównanie, bo przecież musieliśmy ponieść określone koszty. Musieliśmy się zapożyczyć i musieliśmy wziąć kredyty po to, aby utrzymać personel. Chodzi tutaj głównie o brak wzrostu kontraktu w stosunku do tych podmiotów leczniczych, które po prostu zatrudniają pielęgniarki. Te 10% zupełnie nie rozwiązuje problemu, dlatego że był 1 lipca i mamy zaraz kolejny 1 lipiec, kiedy będzie kolejna regulacja płac i gdzie znowu musimy wygenerować określone środki finansowe. To jest jedna sprawa.

Drodzy państwo, druga sprawa to kwestia dostępności i kwalifikacji personelu. Rozporządzenie z 2013 r. zakłada, że w opiece długoterminowej domowej nie może pracować pielęgniarka, nawet taka, która ma wykształcenie wyższe, a która nie ma chociażby kursu specjalistycznego z zakresu podstaw medycyny paliatywnej i hospicyjnej. To również blokuje możliwość podjęcia pracy w tym sektorze i tutaj też prosimy o zmianę.

Chcę powiedzieć króciutko, bo nie chcę przedłużać, jeszcze jedno, że w Europie opieką długoterminową jest objętych ok. 10% pacjentów. W Polsce jest to tylko 1,5%. Proszę państwa, to jest najtańszy produkt. Cały świat stawia na ekonomikę. My nie jesteśmy chyba aż tak bogaci, żeby tego nie zauważyć. Tutaj bardzo prosimy o to, żeby ta kwestia, o której już koleżanka Iwonka Markiewicz mówiła, czyli żeby odbyła się jak najszybsza wycena i to taka, która na dzisiaj… Drodzy państwo, jeżeli my mamy 46,43 zł, gdzie do pacjenta trzeba dojechać 30 km, to ja już nie powiem o kosztach dojazdu, jakie są dzisiaj itd. To jest konieczna wycena wzrostu świadczeń o co najmniej 100%. Mało tego, chcę powiedzieć jeszcze jedną rzecz, żeby jakoś tak to króciutko porównać. Dzisiaj

propozycja wyceny zabiegu pielęgniarki POZ – i bardzo dobrze, że jest np. pielęgniarka, która opiekuje się pacjentem poszpitalnym, który ma opatrunki i jest po różnych takich czy inne zabiegach – to jest 105 zł za jedną wizytę. To jest rzeczywiście dobra wycena i jest to bardzo dobre.

Chcę powiedzieć jeszcze, bo tutaj czasami wybrzmiewa, że my jakoś konkurujemy ze sobą. Nie, proszę państwa. My pracujemy na jednym terenie, zarówno opieka paliatywna, jak i hospicyjna, w obszarze stacjonarnym lub domowym, czy też w opiece długoterminowej stacjonarnej, czy też wentylowanie mechaniczne lub opieka długoterminowa domowa. My ze sobą współpracujemy. Współpracujemy również z lekarzami i pielęgniarkami POZ. Ta współpraca naprawdę układa nam się kapitalnie. My nie mamy ze sobą najmniejszych problemów. Problemem dla nas jest jedynie to, żebyśmy mogli istnieć. W związku z tym bardzo proszę w imieniu świadczeniodawców, żeby problem w kwestii wyceny został zauważony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Zanim oddam kolejnym z państwa głos — a również pani poseł jeszcze czeka na zabranie głosu — to ja mam do wszystkich państwa jedną wielką prośbę. Po pierwsze, proszę o krótsze wypowiedzi. Szanowni państwo, po drugie proszę o niepowtarzanie się. Już wielokrotnie wybrzmiało to, że sprawa jest bardzo ważna, że trzeba szukać możliwości poprawy finansowania i że trzeba omówić pewne kwestie itd, więc bardzo proszę o niepowtarzanie tych samych argumentów, bo to nie ma sensu. Powtórzenie czegoś 10 razy wcale nie pomaga sprawie. My to wiemy, a pan minister tego słucha, notuje i wie, w jakim kierunku podejmować działania.

Pamiętajmy też o jeszcze jednej rzeczy, że pewnych kwestie, nawet tych najbardziej niepopularnych, o których mówił pan przewodniczący Piecha, w roku wyborczym i przy niewielkiej już ilości posiedzeń Sejmu nie uda nam się zakończyć. Natomiast możemy podjąć pewne działania. Bardzo proszę, ktoś z państwa, czy pani profesor, czy pan. Nie wiem, kto pierwszy się zgłaszał. Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej. Ja chciałabym odnieść się do limitowania świadczeń. Proszę państwa, jestem tutaj na posiedzeniach sejmowej Komisji Zdrowia od 18 lat i zawsze mówiliśmy o niedofinansowaniu. To jest problem, który jest od zawsze. Natomiast przez lata naprawdę udawało się pozyskiwać środki od społeczeństwa w postaci zbiórek. W ostatnim czasie, czyli od okresu pandemii, niestety to źródło wyschło i się zminimalizowało. Być może są pojedyncze jednostki, które te środki pozyskują, ale większość jednostek niestety nie może tego robić. W związku z tym, żeby jednostki działały, to muszą opierać się na finansowaniu, które zostaje i które pochodzi z Narodowego Funduszu Zdrowia. Ten problem jest widoczny.

To nie jest tak, że jeżeli zostanie wprowadzone nielimitowane, to nagle z budżetu państwa odpłyną pieniążki. Dlaczego? Dlatego że jest wiele jednostek, które ma niewykonania. Po prostu z powodu braku kadr, czego nie było od lat, mamy większy deficyt zasobów osobowych niż zasobów finansowych. To bym chciała podkreślić. Przez 18 lat nigdy takiego problemu nie było. Jeżeli w tej chwili są płacone nadwykonania w jednostkach, które mają możliwość wykonania takich… To są pieniądze, które są przesuwane, tak że to nie jest tak, że my mamy jakiś gigantyczny potencjał osobowy i że jesteśmy w stanie nie wiadomo jak dużą grupę pacjentów tym objąć. Natomiast ponieważ mamy taki problem, to jeżeli istnieje jakaś jednostka, która posiada większy potencjał, to uważam, że naprawdę nie stać nas na to, żeby nie wykorzystać tego potencjału. Ja myślę, że można przeprowadzić analizę danych odnoszących się do niewykonań i wykonań z ubiegłego roku w Narodowym Funduszu Zdrowia i pochylić się nad tym problemem, bo my od lat mówimy na ten temat, natomiast cały czas słyszymy, że jest brak środków. Moim zdaniem nie ma braku środków, tylko w tym momencie jest brak ludzi do pracy. My jesteśmy zupełnie w innej sytuacji niż byliśmy kilka lat temu. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Pani poseł Kozłowska, proszę.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, szanowni goście, koleżanki i koledzy posłowie, ja oczywiście nie będę powtarzała tego, co już państwo powiedzieliście, bo ja sobie zrobiłam tutaj mnóstwo notatek i okazało się, że właściwie wszystko wybrzmiało. Natomiast ja mam takie bardzo konkretne pytanie do pana ministra. Chciałabym dowiedzieć się, w jaki sposób pan minister zamierza pogodzić zalecenia Komisji Europejskiej co do deinstytucjonalizacji, zarówno opieki hospicyjnej stacjonarnej, jak i długoterminowej stacjonarnej, z sytuacją, która dzieje się właśnie w tych instytucjach? Mówię w tej chwili o opiece stacjonarnej we wszystkich dziedzinach, ponieważ już w tych instytucjach opieki stacjonarnej brakuje miejsc, o czym zresztą mówiliśmy.

Przy okazji chciałabym dowiedzieć się od pana ministra jednej rzeczy. Skoro rzeczywiście mamy przejść na tę opiekę domową, środowiskową, to musimy zapewnić osobom z różnego rodzaju chorobami, czy to onkologicznymi, czy otępiennymi, czy wieku starszego, właściwą opiekę i pomoc domową. Jak to zrobić, skoro w tej chwili brakuje miejsc w instytucjach? Jaka liczba hospicjów jest jeszcze potrzebna, aby zabezpieczyć wszystkich chorych? Brakuje miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz w zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych i państwo o tym mówiliście. Ja sama byłam świadkiem tego i sama szukałam miejsca w takim zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla osoby poważnie chorej, gdzie rodzina nie mogła się nią opiekować. To nie jest tak i tutaj nie mogę się zgodzić z opinią, że rodziny nie chcą opiekować się swoimi starszymi bliskimi. Czasami tak rzeczywiście bywa, ale myślę, że rzadko. Częściej wynika to z sytuacji społecznej. Rodziny, dzieci, wnuki wyjeżdżają i są poza miejscem zamieszkania. Są oni logistycznie cały czas aktywni i niestety nie mogą tej bliskiej osobie zapewnić opieki w domu.

Dalej. Co z opiekunkami medycznymi? Czy opiekunki medyczne będą mogły wykonywać różnego rodzaju zadania medyczne w stosunku do podopiecznego w domu? Kiedy ministerstwo wreszcie dogada się z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej? Ja o tym mówię od dawna. Niestety muszę jeszcze powtórzyć to, co tutaj już padło, że zarówno pomoc społeczna, domy pomocy społecznej, jak i opieka medyczna, zazębiają się nierozerwalnie. Przecież tam znajdują miejsce osoby bezdomne, osoby, które nie mają rodzin i które są uzależnione albo wykluczone społecznie. Tutaj naprawdę rozmawiamy o różnych tematach, które są istotne dla opieki i właściwie ja nie widzę w tej chwili żadnych rozwiązań i żadnego kroku do przodu. Z tego powodu jestem absolutnie ukierunkowana na to, aby powstała podkomisja, która będzie zajmowała się tą sprawą systematycznie i będzie miała w swojej tematyce ten bardzo trudny, ale jakże ważny problem w związku z naszą demografią. Chciałabym, aby taka podkomisja naprawdę na poważnie zajęła się osobami chorymi i starszymi, które w tej chwili oczekują na pomoc w swoich domach, a dla których niestety ta pomoc nie jest dostępna.

Jeszcze tylko poruszę krótko temat, dotyczący pomocy społecznej. Ja wiem, że to nie dotyczy pana ministra zdrowia, ale właśnie o to mi chodzi, aby te dwa ministerstwa, Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny, porozumiały się ze sobą. Jeżeli w tej chwili opiekunka środowiskowa może przyjść do osoby starszej tylko na 2 godziny, a problemem jest już wydłużenie tej opieki domowej o godzinę, to ja naprawdę nie wiem, o czym my w tej chwili rozmawiamy, szanowni państwo. Ja na razie nie widzę światełka w tunelu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan i pan na końcu zgłaszaliście się wcześniej. Proszę bardzo.

Ordynator oddziału med. paliatywnej Szpitala Powiatowego w Nowym Targu Radosław Czosnowski:

Radosław Czosnowski, ordynator oddziału med. paliatywnej w podhalańskim szpitalu specjalistycznym i jednocześnie przewodniczący zespołu ekspertów w Parlamentarnym Zespole ds. Medycyny Paliatywnej. Wiele rzeczy było tutaj poruszonych. Krótka kołderka. Musimy pamiętać, że pomimo krótkiej kołderki NFZ w 2021 r. miał 10 mld zł oszczędności, które zostały przekazane na fundusz covidowy, tak że to nie jest tak, że tych pieniędzy całkiem nie ma, bo one gdzieś są. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz, mówimy tutaj o różnych problemach. Kilka lat temu, tzn. w 2019 r. zostały opublikowane wyniki kontroli Naczelnej Izby Kontroli, jeżeli idzie o opiekę paliatywną w Polsce. Tam były stosowne wnioski i zalecenia pokontrolne. Z naszych codziennych doświadczeń wynika, że nic nie zostało zrealizowane, czyli można powiedzieć, że strona zarządzająca tym wszystkim nic sobie nie robi z zaleceń NIK. Tutaj też było wspominane, że jeżeli idzie o dzieci, to mamy nielimitowane świadczenia. To jest prawda, natomiast znaj proporcjum, mocium panie. Dzieci ilościowo stanowią ok. 2% pacjentów w medycynie paliatywnej, ale dobre i to, że dla tych 2% pacjentów świadczenia są nielimitowane. Tutaj bardzo optymistycznie Ministerstwo Zdrowia przedstawia to, jak wszystko wspaniale rośnie i ile to mamy wykwalifikowanych pielęgniarek itd. Tymczasem jedna trzecia z pracujących pielęgniarek to są emerytki, a kolejna jedna trzecia ma mniej niż 5 lat do emerytury. W liczbach, przedstawianych przez ministerstwo, wygląda to bardzo fajnie, natomiast w praktyce – w realu – wygląda to zupełnie inaczej.

Zapominamy też o kolejnej rzeczy, czyli o tym, co było tutaj wspomniane, ale nie wybrzmiało tak do końca. Opieka paliatywna, opieka długoterminowa powoduje tak naprawdę duże oszczędności w systemie i warto ją dofinansować. Dlaczego? Dlatego, że starsza osoba, która jest w domu niezaopiekowana i która ma różne problemy zdrowotne, będzie wzywała pogotowie i będzie absorbowała system. Ci, którzy mają jakiekolwiek doświadczenie praktyczne w pracy czy to w środowisku, czy w szpitalu, doskonale zdają sobie z tego sprawę i znają kategorię pacjenta typu bumerang. Jest to pacjent, który trafia na SOR w stanie – że tak powiem – rozsypania zdrowotnego. Tam jest prowadzona diagnostyka. Jest w niego inwestowane często kilka tysięcy złotych. Przeważnie trafia na oddział internistyczny a czasem chirurgiczny, gdzie inwestowane są w niego kolejne pieniądze. Jego stan zdrowia się poprawia, on trafia do domu, po czym, z braku opieki i braku podstawowych elementów, za tydzień, dwa lub góra za trzy, ta operacja się powtarza.

Taki pacjent, zaopiekowany czy to w opiece długoterminowej, czy w opiece hospicyjnej, spowoduje gigantyczne oszczędności w systemie, bo nie będzie absorbował SOR, nie będzie absorbował oddziałów internistycznych itd. To, co tutaj było wspomniane, czyli czy są to w stanie zrozumieć dyrektorzy? Tak, mój dyrektor to zrozumiał już kilka lat temu, jak mu przedstawiłem wyliczenia, że 100 zł stracone u mnie na oddziale oznacza 200 zł zarobione w szpitalu. Tak to mniej więcej wychodzi po konsultacjach z księgową. Patrząc globalnie, tak naprawdę dzięki dofinansowaniu i dzięki rozwinięciu opieki paliatywnej, możemy zaoszczędzić duże pieniądze w systemie.

Kolejna rzecz, która była wspomniana. Popatrzmy liczbowo. Bardzo fajnie, że jest wzrost nakładów. Popatrzmy sobie natomiast na wzrost płacy minimalnej. Ten wzrost nakładów nijak nie goni płacy minimalnej, a pamiętajmy, że np. w opiece domowej ponad 90% kosztów to są koszty osobowe. W związku z tym, jeżeli jest 100% wzrost płacy minimalnej, to nawet 40% lub 50% wzrost kwotowy finansowania, oznacza tak naprawdę zmniejszenie środków realnych o jedną trzecią. O tym musimy pamiętać. Nie patrzmy na liczby, patrzmy na realia. W zasadzie to tyle.

Na zakończenie jeszcze raz chciałem podziękować wszystkim dziękującym. Jednocześnie dla chętnych jest taka bajka Ignacego Krasickiego pt. „Przyjaciele". Kto chce, to sobie przeczyta. W zasadzie to tyle. Miejmy nadzieję, że będzie jakaś refleksja nad tym, co powiedziałem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Wie pan, pierwszą rzeczą jest to, że mając bardzo dużo różnych tematów i ustaw, fakt zajęcia się tą sprawą oznacza, że to nie jest kurtuazja, że tutaj ktoś coś stwierdza, dziękuję itd. Proponowałbym jednak, żeby podejść do tego z pewną powagą. Bardzo proszę, pan.

Ekspert Pracodawców RP Rafał Krajewski:

Dzień dobry państwu. Przedstawię się, Rafał Krajewski, Pracodawcy Medycyny Prywatnej tudzież Fundacja Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie. Nie będę się powtarzał, bo było już wiele sensownych głosów, np. wbrew pozorom pana doktora anestezjologa.

One wskazują na jedną rzecz – słowa pana ordynatora również – że ja w ogóle nie widzę dyskusji na temat modelu opieki paliatywnej i hospicyjnej w tym kraju.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

W Polsce, w naszym kraju.

Ekspert Pracodawców RP Rafał Krajewski:

Tak, w Polsce, w naszym kraju, co nie oznacza, że tamten zaimek jest nie na miejscu.

To samo tyczy się opieki długoterminowej. Proszę państwa, brak takiej dyskusji modelowej wskazuje np. na to, że nie widzimy jednej prostej rzeczy. Pan ordynator mówił o udziale kosztów osobowych. Dla przykładu struktura kosztów w hospicjum stacjonarnym jest taka, że 75% to są koszty wynagrodzeń. Ergo stawki, które wszyscy otrzymujemy z Narodowego Funduszu Zdrowia na hospicja stacjonarne, pokrywają w jakimś zakresie budżet wynagrodzeń. W związku z tym nie ma możliwości planowania różnego rodzaju rzeczy.

Jest taki kapitalny artykuł, który wyszedł w zeszłym roku, obecnego tutaj pana doktora Tomasza Dzierżanowskiego, będący przykładem dyskusji na temat systemowy i modelowy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, naprawdę prosiłbym…

Ekspert Pracodawców RP Rafał Krajewski:

Krótko, ja już kończę. Jest potrzeba modelowej dyskusji, ponieważ mówiąc o takim pojęciu jak np. łóżka ostre… Dlatego właśnie przywołałem autora. Jak mówimy o takich kwestiach jak np. występująca już tutaj informacja o wzroście ilości lekarzy ze specjalizacją, to co z tego wynika? Połowa tych lekarzy nie pracuje w paliatywie. Dlaczego nie pracuje w paliatywie? Nie pracuje, bo mnie jako dyrektora hospicjum nie stać na to, żeby opłacać wynagrodzenie lekarza, odbywającego specjalizację w trybie pozarezydenckim. Ja go nie wezmę, bo mnie na to nie stać.

Natomiast ilość to jest kwestia proporcji, czyli znowu pojawia się model ochrony paliatywnej, dotyczący również takich szczegółów jak np. łóżka, ile ma być rezydentur, a ile ma być specjalizacji w trybie pozarezdyenckim itd. Jeżeli nie będziemy w ten sposób rozmawiali, to znowu będziemy mówili o tym, że coś wzrosło o 12%, a ja np. dostałem rachunki z IT podwyższone o 17%. Przy tej okazji nie będę nam dziękował, bo my na co dzień robimy to, co powinniśmy robić i za co nam płacą. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Tomasz Dzierżanowski:

Tomasz Dzierżanowski, Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz dyrektor medyczny Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej. Chciałbym poruszyć zupełnie inne kwestie. Po pierwsze, wiem, że jest rok wyborczy, ale naprawdę bardzo szybko potrzebujemy stworzyć ustawę i środowisko prawne do takich problemów, jak decydent zastępczy…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie profesorze, ja tylko wyjaśnię, dlaczego to powiedziałem. Możecie państwo spojrzeć w kalendarz i zobaczyć, ile zostało posiedzeń Sejmu, tak? W związku z tym proszę to uwzględnić. Dodałem jednocześnie, że uważam, że trzeba pewne prace zacząć już teraz, bo jest obecnie pewna ciągłość, a później będzie kolejny Sejm, więc jak najbardziej jesteśmy za tym, żeby tego nie odkładać. Jednocześnie chcę być realistą i nie chcę państwu mówić rzeczy, których zwyczajnie technicznie…

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Tomasz Dzierżanowski:

Ja rozumiem i nie oczekuję tego. Ja tylko uważam, że warto byłoby rozpocząć takie prace i stworzyć choćby zespoły, aby był advance care planning, czyli planowanie z wyprzedzeniem oraz decydent zastępczy. Przepraszam bardzo, ale to są zupełnie inne kwestie, panie ministrze. Stąd też uważam, że to jest pierwszy problem, który tutaj podnoszę.

Drugi problem, czy państwo wiedzą, że nadal dostęp do leków przeciwbólowych jest nierówny w zależności od rozpoznania? Z jakiego powodu np. pacjent, który nie ma nowotworu złośliwego, musi dopłacać do morfiny, a jeżeli ktoś ma szczęście i ma rozpoznany nowotwór złośliwy, to już nie musi tego robić? Jeżeli ktoś nie prowadził nigdy pacjenta z przyzwojakiem czy z innymi stanami, to po prostu tego nie wie. Ja wiem, że to są rzadkie przypadki, ale to nie powinno mieć miejsca, ponieważ nawet wszelkie europejskie zasady mówią, że dostęp powinien być równy, bo ból jest taki sam u każdego. To jest jeden ruch ministerstwa, który może być nawet za 2 tygodnie i już mielibyśmy rozwiązaną sytuację. Ja od 10 lat o tym mówię. Absolutnie można to zrobić i to bardzo szybko za pomocą jednego rozporządzenia. Z tego powodu kieruję to jako informację.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, przepraszam bardzo, ale muszę powiedzieć jedną rzecz. Myślę, że my wszyscy jako posłowie chcielibyśmy wszystko dać wszystkim pacjentom w Polsce. Natomiast mimo zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia i mimo przeróżnego rodzaju oczekiwań personelu medycznego, który też tutaj przychodzi na posiedzenie Komisji i mówi, że to można ot, tak wszystko dać, to proszę mi wierzyć, że tutaj co Komisję mamy pacjentów z różnych specjalności medycznych, którzy uważają, że coś można zrobić już, natychmiast. Tutaj w chorobach rzadkich wprowadzić nowoczesne terapie za parę milionów złotych, bo dlaczego nie itd. Dlaczego o tym mówię?

Moim zdaniem pan minister bardzo cierpliwie tego słucha i w mojej opinii ta dyskusja nie do końca idzie w dobrą stronę, bo konkluzja powinna być taka: słuchajmy siebie nawzajem, pracujmy, współpracujmy i rozwiązujmy problemy po kolei. Natomiast to zaczyna wyglądać jak stawianie ministra pod pręgierzem, co nie tworzy dobrej atmosfery. W momencie jak się państwo spotkacie, to na starcie będzie trudniej szukać konsensusu, bo każdy ma jakieś swoje emocje, a każdy chce przecież pomóc. Zapewniam, że minister czy ministerstwo też chcą pomóc. Ja myślę, żebyśmy raczej rozmawiali w takim duchu, co możemy zrobić wspólnie i jak to zrobić, a nie mówić, co zrobić teraz. Tutaj zaczyna się pojawiać takie zjawisko, dotyczące tego, kto kogo przelicytuje pewnymi żądaniami, żalami, oczekiwaniami itd. Tak, chcemy pomóc pacjentom. Minister chce pomóc. Pracownicy ministerstwa chcą pomóc. Państwo chcą pomóc. Szukajmy rozwiązania. Bardzo o to proszę pana profesora i wszystkich następnych, którzy będą mówić, bo to, co zdążyło paść, to już wybrzmiało.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Tomasz Dzierżanowski:

Panie przewodniczący, nie taka była moja intencja. Źle zostałem odczytany. Ja tylko chciałem zwrócić uwagę na to, że w Polsce ten problem nigdy nie był dostrzeżony i ja dlatego to podnoszę. Ja chcę tylko powiedzieć…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie profesorze, nie tylko słowo „nigdy" wykreślam, ale to było wielokrotnie dostrzeżone i wiele rzeczy już zrobiono. Natomiast zgadzam się, że zrobiono ich zbyt mało. Z całym szacunkiem…

Poseł Monika Rosa (KO):

Panie przewodniczący, bardzo proszę bez takich recenzji. Proszę pozwolić dokończyć.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, zależy mi na tym, żeby tę sprawę rozwiązać.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Tomasz Dzierżanowski:

Rozwiążmy ją. Ja tylko zgłosiłem problem, który nie był nigdy poruszany, bo nie był nigdy poruszany. To jest niby drobiazg w całości. Pan mnie nie zrozumiał. Ja powiedziałem, że problem nierównego dostępu finansowego do leków przeciwbólowych nie był poruszany, bo to jest marginalna sprawa. Jest on zapewniony dla pacjentów nowotworowych. Ja natomiast zgłaszam, że są inni pacjenci z problemami neurologicznymi, którzy nie mają takiego dostępu. To zgłaszałem i tylko to chciałem.

Natomiast chciałem jeszcze powiedzieć, że jestem pełen uznania wsparcia Ministerstwa Zdrowia. Muszę to powiedzieć, ponieważ byłoby to niesprawiedliwe. Natomiast

proszę dobrze odczytać moje intencje. Moją intencją było tylko podniesienie problemu i jeżeli to wybrzmi, to ja jestem przekonany, że wspólnie jesteśmy w stanie dany problem rozwiązać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę uprzejmie.

Rzecznik Pacjentów Objętych Opieką Paliatywną Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, jestem dzisiaj w charakterze rzecznika osób objętych opieką paliatywną i tę funkcję pełnię społecznie od roku. My mamy swoją perspektywę pacjentów i my widzimy pewne problemy, które są i widzimy pewne dokonania, które też są, bo musimy sobie powiedzieć, że – tutaj to mało padło – opieka paliatywna w Polsce jest jedną z najlepiej sprawowanych na świecie. To jest 7. miejsce, jeśli chodzi o hospicja domowe i o ilość osób objętych tą opieką.

Ja chciałam zwrócić uwagę na to, co my widzimy jako pacjenci. Tutaj trochę to padło, że aż 89% osób objętych opieką paliatywną, to są pacjenci onkologiczni. Z perspektywy pacjentów onkologicznych widzimy starzenie się społeczeństwa i rozwój medycyny, co sprawia, że choroby onkologiczne są chorobami przewlekłymi. Nawet pacjent, który jest przekazany do leczenia – ja mówię o leczeniu paliatywnym – czyli ten, który już jest z intencją niewyleczenia, żyje wiele lat. To jest ważna sprawa. Trzeba mu zapewnić odpowiednią opiekę i jej jakość. Wczoraj pani doktor odebrała nagrodę za pierwsze hospicjum stacjonarne w Łodzi, która ma już chyba milion mieszkańców. To jest moje rodzinne miasto. W tym hospicjum ma być 50 łóżek, a z kolei w tej tabelce widzimy, że spada liczba osób objętych opieką paliatywną, więc mamy jeszcze dużo do zrobienia i bardzo dobrze, że dzisiaj spotkaliśmy się i mówimy o koordynowanej opiece i o tym, że potrzebna jest współpraca między opieką długoterminową i ministerstwami, które się tym zajmują.

To jest niesłychanie ważne, bo my jako pacjenci też widzimy pewne problemy. Ja powiem o takich konkretnych problemach. Pan doktor przytoczył, że w 2024 r. ma być równy dostęp do opieki paliatywnej. To jest bardzo ładne zadanie napisane w Narodowej Strategii Onkologicznej. Mamy 2023 r. i pewne kroki zostały poczynione, bo jest zespół, który bardzo ciężko nad tym pracuje. Ten zespół zbiera się co tydzień i pracuje przez 6 godzin. Państwo znajdują na to czas, my siedzimy i piszemy po kolei to, co jest potrzebne. Ja też jestem w tym zespole. Myślę więc, że przygotujemy dla ministerstwa coś, co będzie mogło być przekute na nowelizację w ustawie i na pewne zmiany.

My jako pacjenci widzimy takie niedocenienie. To nie dotyczy państwa, ale my widzimy, że środowisko onkologów jeszcze nie widzi tego problemu, więc przy Narodowej Strategii Onkologicznej warto zwrócić na to uwagę. To jest troszeczkę podobne do tego, co było z rehabilitacją. W tej chwili rehabilitacja w onkologii uległa nobilitacji. Mamy teraz specjalizację rehabilitacji onkologicznej, natomiast ciągle się mówi o tym, że opieka paliatywna jest włączana gdzieś na koniec leczenia. To jest nieprawda. Ona powinna się pojawić zaraz na początku. Tego pacjenci oczekują, bo pacjenci przychodzą niedożywieni, z bólem i wymagają od razu zaopiekowania się.

Jeszcze jest druga rzecz, która jest bardzo ważna. Nie mówimy o ostrych dyżurach onkologii. Oczywiście są izby przyjęć, które przyjmują pacjentów, ale te izby pracują w określonych godzinach i kiedy zdarzy się coś, co wymaga jakiejś szybkiej interwencji, bo jest np. jakiś ostry stan, to tej opieki nie ma.

Na koniec jeszcze jedna rzecz, bo opieka paliatywna to jest także leczenie bólu i tutaj powiem chyba coś, z czym zetknęła się prawie każda osoba na tej sali. Mianowicie chodzi mi o triaż na ostrych dyżurach. Triaż na ostrych dyżurach nie uwzględnia potrzeby przyjęcia w pierwszej kolejności pacjentów z bólem. Ci pacjenci wiją się z bólu i krzyczą. To jest naprawdę bardzo trudna sytuacja i korzystam z tej okazji, że jest pan minister, który też właśnie zajmuje się oddziałami ratunkowymi i proszę o to, żeby uwzględnić ból jako jedną z pierwszych przyczyn przyjęcia pacjenta na ostrym dyżurze. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz tam, panie, bardzo proszę.

Wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Dominika Batycka-Stachnik:

Dzień dobry, Dominika Batycka-Stachnik, Krajowa Rada Fizjoterapeutów. Ja dołączam się do pani profesor Rybki w kwestii powołania przez ministerstwo Zespołu ds. opieki długoterminowej. Chciałabym prosić, żeby środowisko fizjoterapeutów też zostało włączone w te prace, dlatego że państwo doskonale wiecie, że im lepszy stan funkcjonalny pacjenta, tym mniejsze obciążenie dla systemu, lepszy stan zdrowia i mniejsze ryzyko chociażby odleżyn. To taki mój apel, żebyśmy my też jako środowisko fizjoterapeutów byli brani pod uwagę w pracach dotyczących tego tematu.

Krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dr n. o zdrowiu Mariola Rybka:

Oczywiście, odpowiadam od razu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Przepraszam. Z całym szacunkiem, ale to ja prowadzę Komisję. Będzie czas, to pani odpowie albo pan minister odpowie, tak że proszę pozwolić, że ja będę tym dalej kierował. Proszę bardzo, pani.

Pełnomocnik zarządu ds. Zabezpieczenia Osób Niesamodzielnych Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" Małgorzata Durka:

Dzień dobry, Małgorzata Durka. Jestem pełnomocnikiem zarządu ds. Zabezpieczenia Osób Niesamodzielnych Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym". Chciałam powiedzieć, że my jako Koalicja widzimy wszystko to, co się dzieje i tutaj nie będę tak jak każdy powtarzać tego, o czym mówiliśmy. Natomiast prosimy i pytamy o to, jakie są rozwiązania na to, że cały czas w naszym kraju odbywa się szukanie oszczędności dotyczących opieki domowej, a zwłaszcza pielęgniarskiej opieki długoterminowej? Opieka domowa musi się rozwijać. Poza tym tutaj wcześniej pani Grażyna Aksamit mówiła o ważnych aspektach. Nie powiedziała jednak o jednym, mianowicie, że trzeba też znieść limity świadczeń. Chciałabym też to podkreślić. Pamiętajmy o tym, że pielęgniarki odchodzą, bo są niedofinansowane itd, ale w tej chwili nawet zwiększenie pensji mało pomoże w tym, żeby one zajmowały się czymś bardziej, bo one też widzą te oszczędności.

Poza tym jest niespójność dokumentów strategicznych z wdrożeniem na poziomie operacyjnym. To jest bardzo ważna kwestia. Następna rzecz, o której powiem hasłowo, to sytuacja z opiekunami medycznymi, którzy po zmianie podstawy programowej, nie chcą się kształcić. Może warto więc zwrócić uwagę na problemy z kształceniem opiekunów na podstawie programowej, która jest obecnie i która jest inna niż poprzednia. Chciałam tylko te dwie rzeczy poruszyć.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Przy okazji powiem, że o zniesieniu limitów mówiło już kilka osób. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert:

Wojciech Leppert, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej. Bardzo wiele spraw z naszej dziedziny zostało poruszonych. Nie chciałbym ich powtarzać. Natomiast zwrócę uwagę na jedno, co było poruszone już wcześniej, czyli na konieczność współpracy między specjalistami medycyny paliatywnej, jednostkami opieki paliatywnej a podstawową opieką zdrowotną. Tutaj musimy mieć świadomość, że te wyzwania demograficzne i epidemiologiczne, które przed nami stoją, są ogromne. Według różnych szacunków 200 do 400 tys. chorych rocznie w Polsce wymaga opieki paliatywnej, więc my jako specjalistyczna opieka paliatywna – to też pani profesor Ciałkowska-Rysz powiedziała – mamy ograniczenia kadrowe i ilości jednostek, więc nie jesteśmy w stanie opiekować się wszystkimi chorymi. Zresztą nie wszyscy chorzy wymagają specjalistycznej opieki, więc jest tutaj niezwykle istotną kwestią, aby edukować całą kadrę medyczną. Tzw. elementy opieki paliatywnej można wdrażać tak właściwie w każdej jednostce. Powinna być ona dostępna w całej ochronie zdrowia i dopiero takie wspólne działania i specjalistycznej opieki paliatywnej, i tej opieki paliatywnej zapewnianej na poziomie podstawowym… Jest to tzw. podejście opieki paliatywnej. Z angielska nazwaliśmy to elementami opieki

paliatywnej, które powinny być dostępne wszędzie, w każdej jednostce ochrony zdrowia. Ta kwestia edukacji jest także niezwykle ważna. Staramy się o to, aby tych specjalistów było jak najwięcej. W tej chwili mamy wydanych 651 dyplomów lekarza specjalisty medycyny paliatywnej. Docelowo chcemy, żeby to była liczba dwukrotnie wyższa, tak że dążymy do tego, aby tych ośrodków, które posiadają akredytację do prowadzenia specjalizacji w naszej dziedzinie, było jak najwięcej, zwłaszcza w dużych ośrodkach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Proszę bardzo.

Wiceprezes Konfederacji Lewiatan Violetta Dytko:

Dzień dobry. Szanowni państwo, moje nazwisko to Dytko Violetta. Reprezentuję pracodawców zrzeszonych w Konfederacji Lewiatan, natomiast prywatnie prowadzę zakład opieki długoterminowej, w którym zatrudniam 100 pielęgniarek opieki długoterminowej domowej. Tak bardzo króciutko jako pracodawca zwracam się z wnioskiem o zmianę kryteriów dotyczących kontraktowania naszych świadczeń. Na ten moment jednym z kryteriów kontraktowania świadczeń jest tzw. proporcja dotycząca zatrudniania pielęgniarek na umowę o pracę i umowę zlecenie. W przypadku takiej sytuacji, kiedy np. zatrudniamy 50% pielęgniarek na umowę o pracę i 50% pielęgniarek na umowę zlecenie, to w przeciągu trwania umowy, która trwa 5 lat, zdarzają się różne rzeczy. Pielęgniarki odchodzą, zwalniają się i ja w tym momencie, kiedy pielęgniarka odchodzi z zakładu, zostaję z 6 pacjentami, którym muszę ograniczyć opiekę. Na ten moment jest to bardzo ważny problem, ponieważ pielęgniarki odchodzą do innych świadczeń i my zostajemy z tymi pacjentami sami. Nie mamy jak tego problemu rozwiązać.

Moja propozycja jest następująca i dotyczy tego, aby zamiast kryteriów 50 na 50… Drodzy państwo, czy ja jako pracodawca zatrudnię pielęgniarkę na umowę o pracę czy na umowę zlecenie, to traktuję ją tak samo. Ona oczywiście otrzymuje wszystkie świadczenia, które jako pracodawca jestem zobowiązana wypłacić. Jednak według zaleceń ministerstwa są kryteria i są pielęgniarki odpowiednio wynagradzane, jeżeli chodzi o uzyskane kwalifikacje, czyli specjalizację, magisterium itd. Zróbmy kryteria, które będą właśnie różnicowały pielęgniarki w zależności od posiadanych przez nie kwalifikacji, a nie od tego, czy ona pracuje na umowie o pracę czy na umowie zlecenie. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Uprzejmie dziękuję. Pani już zabierała głos, przepraszam. Czy ktoś jeszcze z państwa chciałby zabrać głos? Nie widzę. Bardzo proszę. Poprzedniczkę proszę o wyłączenie mikrofonu.

Wiceprezes Forum Hospicjów Polskich Iwona Sitarska:

Iwona Sitarska, jestem przedstawicielem Forum Hospicjów Polskich. Pełnię funkcję wiceprezesa tego stowarzyszenia, które powstało po to, aby zrzeszać hospicja, których podmiotem założycielskim są NGO, czyli organizacje pozarządowe. Jestem przedstawicielką opieki paliatywno-hospicyjnej. Nasze stowarzyszenia często prowadzą jednocześnie również opiekę długoterminową, więc będę mówiła o obydwu tych dziedzinach. Sytuacja NGO bardzo pogarsza się z wiadomych względów, które są państwu znane. Potencjał filantropijny społeczeństwa bardzo nam spada. Ratujemy się w tym roku 1,5% podatku, ale wiadomo, dlaczego to jest właśnie 1,5%, bo to jest dla nas jakikolwiek ratunek przed tym, że bardzo wzrosła kwota wolna od podatku. W związku z tym będziemy mieć zdecydowanie mniej dochodów z tego tytułu.

Społeczeństwo wymęczone problemami społecznymi, gospodarczymi i niegospodarczymi stało się mniej ofiarne i takie myślenie o hospicjach czy innego rodzaju placówkach opiekuńczych, że jeżeli nie będą miały odpowiedniej bazy finansowej, to sobie dozbierają, w obecnych czasach jest absolutną pomyłką. W tej chwili mniej więcej jedna trzecia jednostek opieki paliatywno-hospicyjnej jest prowadzona przez fundacje, stowarzyszenia i inne osoby prawne z trzeciego sektora. Są to jednostki, dzięki którym choć trochę rozwinęła się opieka hospicyjno-paliatywna w Polsce. Zostawmy już historię.

To są jednostki, które dobrze wykorzystują potencjał społeczny, zarówno taki ludzki, w sensie wolontariatu – właściwie tylko NGO prowadzą wolontariat w swoich jednostkach – jak i chociażby potencjał filantropii społecznej. Z drugiej strony celem tych jednostek nie jest osiąganie zysku, więc wszystkie środki, które uzyskujemy, przeznaczamy wyłącznie na poprawę sytuacji naszych pacjentów. Natomiast przy obecnym poziomie finansowania – co chcę podkreślić – i niestety również przy obecnym kryzysie brakuje dodatkowych źródeł finansowania dla organizacji trzeciego sektora. Około 30% hospicjów, przynajmniej w przeprowadzonej przez forum ankiecie, myśli o tym, aby zamknąć swoją działalność, mimo to że uzyskało kontrakty w województwach, w których została już przeprowadzona kontraktacja na kolejne lata. Niestety przy obecnym poziomie finansowania nie będą mogły dalej prowadzić działalności. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, odbyła się bardzo długa dwugodzinna dyskusja. Bardzo dużo różnych spraw, aczkolwiek powtarzających się, zostało poruszonych. Proszę teraz o odniesienie się do tych wszystkich głosów.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Może nie będę tak emocjonalnie podchodził do tego tematu jak moi poprzednicy, szczególnie że troszeczkę ze smutkiem odbieram państwa głosy, z tego względu że większość z państwa pracuje w tym zespole, który od wielu miesięcy jest już w Ministerstwie Zdrowia. Ta prezentacja, która się odbyła, pomijała, że te prace się toczą i że na tych spotkaniach rozmawiamy o wielu rzeczach. Mam nadzieję, że pracujemy tam merytorycznie i te prace idą do przodu. Natomiast państwo tego nie dostrzegacie. To jest takie moje małe rozczarowanie, ale mam nadzieję, że to jest spowodowane tylko tym, że jesteśmy w Sejmie na Komisji Zdrowia i mimo to w czasie naszych spotkań te prace dalej będą mogły się toczyć.

Pani z opieki długoterminowej emocjonalnie wypowiedziała się, że taki zespół do opieki długoterminowej również powinien powstać. Nasza rozmowa sprowadzała się do tego. Ja to obiecałem, jest na to zgoda Ministerstwa Zdrowia i taki zespół powstanie. Chciałbym natomiast, abyśmy rozmawiali merytorycznie i bez emocji, bo to do niczego produktywnego nie prowadzi, szczególnie że wielokrotnie rozmawialiśmy na temat nielimitowania usług, jeżeli chodzi o opiekę paliatywną i hospicyjną. Mimo to padały tutaj głosy na ten temat. My w tej chwili właściwie opłacamy w 100% wszystkie świadczenia, które są wykonywane w tych zakresach.

Jeżeli chodzi o nielimitowane świadczenia, to także jest to tematem prac tego zespołu, który działa w Ministerstwie Zdrowia. W przypadku tych prac chodzi o kryteria kwalifikacji. Musicie państwo to wypracować i jeżeli to zostanie wypracowane, to oczywiście nielimitowane świadczenia także będą wprowadzone. O wielu rzeczach rozmawiamy w ministerstwie i myślę, że prace zespołu naprawę idą w dobrą stronę. Takie jest moje wrażenie, choć po państwa dzisiejszych głosach wybrzmiewa, jakbyśmy o tych rzeczach nie rozmawiali i Komisja Zdrowia w Sejmie była pierwszym miejscem, w którym chcecie państwo o tym rozmawiać. To jest takie moje kolejne złe doświadczenie z Komisji Zdrowia. Myślę jednak, że te prace pójdą dalej, więc jeżeli chodzi o powołanie tego zespołu, to on, pani profesor, powstanie i proszę się o to nie niepokoić. Myślę, że nasza ostatnia rozmowa była dość merytoryczna i mam nadzieję, że zespół będzie pracował tak dalej. Z tego powodu muszę też uspokoić, że wszyscy zainteresowani będą brali w tym udział, bo chcemy, aby ta reprezentacja była jak najszersza, szczególnie w tym zespole, który jest już w tej chwili powołany. Jest to naprawdę duży zespół, który gromadzi praktycznie wszystkie środowiska. To są te dwa aspekty, które były dość często poruszane.

W tej chwili chcemy zniwelować to, że wielu województwach jest różnica, jeżeli chodzi o opiekę długoterminową pielęgniarską domową i wycenę świadczeń. Chcemy, aby mniej więcej w każdym województwie ta wycena była na podobnym poziomie i to, że w tej chwili w jednym województwie jest to 17%, a w drugim jest to tylko 10%, wynika z tego względu, że występowała ta nierówność płacowa.

Wydaję mi się, że bardzo ważną rolę odgrywa opieka długoterminowa domowa, bo ona zdecydowanie obniża koszty, ale powoduje także to, że ten pacjent czuje się zdecydowa-

nie lepiej, bo jest w środowisku domowym, a nie w leczeniu stacjonarnym. Dostrzegamy to i na naszym ostatnim spotkaniu również mówiliśmy o tym, że opieka długoterminowa stacjonarna także powinna być zmieniona, jeżeli chodzi o jej finansowanie. Wnioskujemy również do AOTMiT, aby zajął się nową wyceną, bo myślę, że jest to bardzo ważne, aby te koszty, które niestety rosną z roku na rok, były zmieniane.

Jeżeli chodzi o to, co mówił pan poseł Hoc o hospicjach perinatalnych, to myśmy kilkakrotnie ogłaszali konkursy w tych województwach, gdzie nie ma takiego hospicjum. Niestety nie było chętnych. Był brak zgłoszeń, jeżeli chodzi o przystąpienie do konkursu.

Panie przewodniczący, myślę że mimo tych emocji, które dzisiaj pojawiły się na Komisji, jestem przekonany, że rzeczy, które dzieją się w Ministerstwie Zdrowia, jeżeli chodzi o opiekę paliatywną, hospicyjną, ale także o opiekę długoterminową, idą w dobrym kierunku. Wynika to szczególnie z tego, że w powstałym zespole najczęściej są praktycy, którzy zajmują się takimi osobami na co dzień. My także czerpiemy z ich bogatego doświadczenia i na pewno będzie przekładać się na to, że wprowadzimy z czasem nawet te proste zmiany. Ważne jest również to, że w tym zespole podzieliliśmy sobie naszą pracę na dwa etapy, czyli na to, co już teraz możemy zrobić i na to, co możemy dopiero wypracować, jeśli chodzi o daleko idące cele. Mam nadzieję, że ten zespół zakończy pracę do końca roku. Przedłużyliśmy go, bo jest wiele tematów i chcemy kontynuować tę pracę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Ja też chciałem bardzo podziękować państwu za bardzo ciekawą dyskusję o niezwykle trudnej tematyce. Pojawiło się bardzo wiele głosów i była bardzo duża aktywność. Powiem tylko, że moja rola jest trochę niewdzięczna, bo ja muszę pilnować dyskusji, pamiętając także, że pewne rzeczy potem znajdują się w protokole i że takie stwierdzenia, takie bardzo kategoryczne, które być może wynikają z emocji, ktoś później będzie czytał i pomyśli sobie, że tak jest, że ktoś się czymś nigdy nie zajmował itd.

Przepraszam, ale to są ważne rzeczy, których muszę pilnować, szczególnie że minister jest trochę ubezwłasnowolniony i nie może reagować na bieżąco. Może to zrobić dopiero na końcu, więc ja jako moderator muszę pilnować tego po drodze. Jeżeli państwo są nieusatysfakcjonowani i jeżeli z mojej strony było coś nie tak, to przepraszam. Jednocześnie raz jeszcze wszystkim państwu dziękuję. Zamykam posiedzenie.